



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA ACADÉMICA O DE SALUD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE/ESTUDIANTE

NOMBRE DEL PACIENTE/ESTUDIANTE	NOMBRE EN EL MOMENTO DEL TRATAMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN		N.º DE TELÉFONO (Con código de área)

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por medio de la presente autorizo a: Sheppard Pratt Health System Nombre de otro centro: _____
 a divulgar la información de salud del: registro médico registro escolar información académica o de salud brindada verbalmente por el
 proveedor de servicios del paciente/estudiante antes mencionado para los siguientes objetivos: brindar servicios continuar con la atención
 cuestiones legales otro _____

Para: _____
Nombre/dirección de la persona/organización a la que se le brindará la información

Enviar la información por fax a: _____ N.º de fax: _____

Enviar electrónicamente a: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Para las fechas de tratamiento: _____

Hospitalización Atención en el hogar (especificar) _____ Establecimiento escolar (especificar) _____
 Hospitalización parcial (especificar) _____ Programa de atención ambulatoria (especificar) _____

TIPO DE ACCESO AUTORIZADO: SELECCIONAR PARTES DEL REGISTRO (a continuación completar el registro con las fechas antes mencionadas)

<input type="checkbox"/> Copias del registro	<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Nota de admisión	<input type="checkbox"/> Antecedentes y registro del estado físico
<input type="checkbox"/> Inspección del registro	<input type="checkbox"/> Análisis médicos y/o de laboratorio	<input type="checkbox"/> Antecedentes psicosociales	<input type="checkbox"/> Hoja informativa del alta
<input type="checkbox"/> Comunicación verbal	<input type="checkbox"/> Registros educativos	<input type="checkbox"/> Otros, especificar _____	<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos
<input type="checkbox"/> Información relacionada con el servicio brindado, especificar _____			

Esta autorización caducará un año después de la fecha declarada en los registros que se presentan a continuación, a menos que suceda uno de los siguientes eventos específicos de vencimiento: _____. La autorización cubre solamente los tratamientos para las fechas especificadas anteriormente. Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar esta Autorización para la divulgación de información protegida académica o de salud Entiendo que la autorización de divulgación de esta información es voluntaria. No es necesario firmar este formulario para garantizar el tratamiento. Entiendo que puedo revisar la información utilizada o divulgada, según se indica en el Código de regulaciones federales (CFR, por sus siglas en inglés), título 45, 164.524.

- **Yo, quien suscribe**, he leído la información anterior y autorizo al personal del centro encargado de la divulgación a brindar esta información según se describe en este documento.
- **Entiendo** que podría anular esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida que se hayan realizado acciones relacionadas con esta. Podría anular esta autorización mediante la notificación, por escrito, al Departamento de Gestión de la Información de Salud o al programa antes mencionado.
- **Reconozco** que el material autorizado para la divulgación podría contener información sobre el consumo de alcohol o la farmacodependencia, información psiquiátrica, información sobre los resultados o análisis de VIH o SIDA.
- **Entiendo** que la información de salud utilizada o divulgada en virtud de esta autorización podría estar sujeta a otras divulgaciones por parte del receptor, a menos que dicha información esté protegida conforme a las normas de confidencialidad federales del CFR, título 42, parte 2.
- Entiendo que, una vez que se divulgue la información, el centro no puede impedir que el receptor divulgue nuevamente la información.

Este centro está liberado y relevado de cualquier responsabilidad y el suscriptor eximirá al centro de toda responsabilidad por el cumplimiento de esta «Autorización para divulgación de información protegida académica o de salud».

Firma del paciente/estudiante _____ Fecha _____

Firma del padre/la madre/tutor/

Representante autorizado _____ Fecha _____

Parentesco con el paciente/estudiante: _____

Las tarifas y los cargos se aplicarán de acuerdo con las leyes y regulaciones vigentes para la divulgación de la información

PROHIBICIÓN DE TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN DIVULGADA: Se le ha divulgado esta información sobre la base de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (Parte 2 del Título 42 del CFR). Las normas federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de la información en este registro que identifique a un paciente como que ha tenido un trastorno por uso de sustancias, ya sea directamente, por referencia a la información disponible públicamente o a través de la verificación de dicha identificación por otra persona, a menos que la divulgación posterior esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido en la Parte 2 del Título 42 del CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin (véase §2.31). Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar en relación con un delito a cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, excepto en los casos previstos en §2.12 (c)(5) y 2.65.

