touchstone health services
partnering with families

Autorización para la divulgación de Registros Confidenciales de Miembros

He solicitado que los servicios de Touchstone Health Services (THS) me ayuden/mi hijo/a en recibir servicios fuera de THS, lo cual requiere la necesidad de compartir información de salud personal (PHI) que incluya cierta información protegida. Es recomendable que se proporcione a las organizaciones esta información para garantizar que los proveedores asociados puedan tomar decisiones clínicas informadas.

Yo, _____, autorizo a THS que divulgue la información necesaria, que puede incluir registros de abuso de drogas, alcoholismo, anemia de células falciformes o virus de inmunodeficiencia humana (VIH) a los siguientes participantes de:

_____; y/o Información de Contacto: _____
_____; y/o Información de Contacto: _____
_____; y/o Información de Contacto: _____
_____; y/o Información de Contacto: _____
_____; Información de Contacto: _____

con el propósito de:

__ Paquete de Referencia Externo __ Paquete de Colocación Fuera del Hogar
(Ambos paquetes pueden contener lo siguiente: (Evaluación inicial, Evaluación anual actual; Plan de servicio / CFT; Instrumento de intensidad de servicio para niños adolescentes (CASII); Diagnóstico; Fuerza, Necesidades, Descubrimiento cultural (SNCD), Planes de crisis, Datos demográficos, 90 días de Notas Med más recientes, Evaluación psiquiátrica más reciente)

__ Plan de Atención – Comunicación con Proveedores Externos de Atención Primaria
(Contiene lo siguiente: Diagnóstico, Medicamentos activos, Última visita al PCP, Seguimiento de diagnósticos para laboratorios, Referencias, Última visita psiquiátrica, Signos vitales, Servicios de THS proporcionados)

__ Transferencia de Servicios de THS a Otro Proveedor
(Contiene lo siguiente: todas las evaluaciones, planes de servicio, notas médicas / de progreso, valores psíquicos, CASII, SNCD, planes de crisis, demografía, diagnóstico, evaluaciones psiquiátricas) Propósito de la divulgación: _____

Entiendo que mis registros o los de mi hijo están protegidos bajo la ley federal, incluyendo las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con desorden de uso de sustancias, 42 la parte 2 de C. F. R, y la ley de portabilidad y rendición de cuentas del seguro de salud de 1996 (HIPAA), 45 partes 160 y 164 y no pueden ser divulgadas sin mi consentimiento por escrito a menos que la normativa disponga lo contrario.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado la decisión de recurrir a ella. A menos que revoque mi consentimiento antes, este consentimiento expirará automáticamente de la siguiente manera:

Aceptación del Paquete de Referencia Externa/Paquete de Colocación Fuera del Hogar/Transferencia a Otro Proveedor o;
Un (1) año a partir de la fecha firmada a continuación.

Entiendo que se me pueden negar los servicios si me niego a dar mi consentimiento a la divulgación para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de salud, si lo permite la ley estatal. No se me negarán los servicios si me niego a aceptar una divulgación para otros propósitos.

Me han proporcionado una copia de este formulario.

Fecha: _____ **Firma del Miembro:** _____

Firma de la persona si no es miembro: _____

Describa la autoridad para firmar en nombre del miembro: _____

Fecha de Revocación: _____ **Nombre del Personal:** _____

touchstone
health services
partnering with families

AVISO: Esta información se ha divulgado a usted de los expedientes protegidos por las reglas federales de la confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas federales prohíben que usted haga cualquier divulgación adicional de la información en este expediente que identifique a un paciente como teniendo o habiendo tenido un desorden del uso de la sustancia o directamente, por la referencia a la información público disponible, o con la verificación de dicha identificación por otra persona, a menos que la divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona cuya información está siendo divulgada o según lo permitido por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro carácter no es suficiente para este fin (véase el § 2,31). Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar con respecto a un crimen a cualquier paciente con un desorden del uso de la sustancia, excepto según lo previsto en § § 2.12 (c) (5) y 2,65.