touchstone health services
partnering with families

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA TRANSFERENCIAS SOLAMENTE
PORFAVOR IMPRIMA CLARAMENTE Y LLENE TODAS LAS SECCIONES

_____	_____	_____	_____
Nombre del miembro	**Núm. de CIS**	**Núm. de AHCCCS**	**Fecha de nacimiento**

Persona/Agencia autorizada para hacer la divulgación: **Touchstone Health Services**
15648 North 35th Avenue, Phoenix, AZ 85053

Persona/Agencia que recibirá la información:

Nombre: _____ **Núm. de teléfono:**_____

Dirección:_____

Correo electrónico: _____ **Núm. de fax:**_____

Información que se divulgará:

☐ **Evaluación de entrada /Evaluación anual**	☐ **Cuidado Integrado**	☐ **SCND**
☐ **Planes de servicio /tratamiento**	☐ **Lista de medicamentos**	☐ **Plan para crisis**
☐ **Evaluaciones/análisis psiquiátricos**	☐ **Resultados de exámenes/análisis**	☐ **CASII**
☐ **Notas de progreso de psiquiatría**	☐ **Resumen del alta/desafiliación**	☐ **Coordinación cuidados**

Otra información que se debe incluir:_____

Fecha de los registros: Desde: ___Ingreso_____ **hasta:** ____Alta_____

<u>El Miembro recibe servicios de otras agencias?</u> <u>En caso afirmativo, la información de contacto (Nombre/ teléfono /Correo Electronico):</u>

_____

☐ Marque aquí si cada una de las partes detalladas anteriormente pueden divulgar su información a un tercero. La información anterior puede incluir registros de consumo de drogas, alcoholismo, anemia falciforme, virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Propósito de la divulgación: Transferencia: Motivo de la solicitud de transferencia:_____

Tengo entendido que, en cualquier momento, puedo revocar esta autorización notificando a la agencia por escrito o marcando y firmando el cuadro apropiado incluido en este formulario original firmado que se encuentra en mi expediente médico. Se aplicará la revocación, excepto en caso de que ya se haya tomado la acción basada en esta autorización. La agencia no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a la decisión del consumidor de firmar la autorización. Existe el riesgo de que el receptor vuelva a divulgar la información ya usada y divulgada por esta autorización y que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales.
Comprendo que este consentimiento vencerá después de que la transferencia se haya completado: Iniciales:_____

_____ _____
Firma del miembro/tutor del servicio **Fecha de la firma**

_____ _____
Otra firma requerida (si corresponde) **Miembro del personal que revisa y envía la autorización para divulgación de información**

_____
Parentesco con el miembro del servicio

*** Es preferible que la firma de un consumidor de entre 12 y 18 años de edad esté junto a la firma del padre o tutor legal.**

Notice: Alcohol and drug abuse patient records are protected by Federal confidentiality regulations (42 CFR part 2). The Federal regulations prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR part 2. A general authorization for the release medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal regulations restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient. Communicable disease related information, pursuant to this release, cannot be redisclosed without specific authorization. (A.R.S. 36-664.H)