

Cliente/paciente	Apellido legal	Nombre	Inic. 2.º nombre	Fecha de nacimiento
	Otros nombres que use el cliente/paciente			

Autorizo a **Adapt Integrated Health Care** a usar y divulgar mi información de salud protegida según se describe a continuación.

Persona o entidad autorizada a recibir o usar la información de salud protegida:	
Nombre (persona u organización):	Dirección:
	Ciudad, estado: Código postal:
	Teléfono:
Intercambio mutuo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Solamente verbal: <input type="checkbox"/> Verbal y puede recibir copias de la historia médica: <input type="checkbox"/>	

Información de salud protegida que se utilizará o divulgará:			
Marque todo lo que corresponda:	<input type="checkbox"/> Salud mental	<input type="checkbox"/> Atención primaria	<input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de sustancias (SUD) (Programas protegidos del Título 42 del Código de Reglamentos Federales [CFR], Parte 2)

Marque todo lo que corresponda:	
<input type="checkbox"/> Todos los registros relacionados con los servicios marcados anteriormente	
-O ESPECÍFICAMENTE-	
<input type="checkbox"/> Mi nombre e información de contacto	<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de laboratorio
<input type="checkbox"/> Mi estado como cliente en tratamiento	<input type="checkbox"/> Plan de alta
<input type="checkbox"/> Información de citas e informes de asistencia	<input type="checkbox"/> Fecha y estado del alta
<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Historia médica/notas de progreso
<input type="checkbox"/> Evaluación	<input type="checkbox"/> Participación y progreso del tratamiento
<input type="checkbox"/> Medicamentos y dosis	<input type="checkbox"/> Comportamientos y preocupaciones
<input type="checkbox"/> Plan o resumen de tratamiento	<input type="checkbox"/> Recomendaciones y estrategias de gestión
<input type="checkbox"/> Resúmenes de antecedentes de SUD	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio/patología
<input type="checkbox"/> Informes de electrocardiograma (ECG)	<input type="checkbox"/> Pruebas de diagnóstico
<input type="checkbox"/> Informes de radiología	<input type="checkbox"/> Registros de vacunación
<input type="checkbox"/> Otro (por favor sea específico):	

Si la información que se va a revelar contiene cualquiera de los siguientes tipos de registros o información, se pueden aplicar leyes adicionales sobre su uso y divulgación. Comprendo y acepto que se divulgue esta información si marco el espacio que corresponde al lado del tipo de información.

<input type="checkbox"/> Drogas/alcohol Diagnóstico, tratamiento o remisión	<input type="checkbox"/> Información de salud mental	<input type="checkbox"/> Información de VIH/sida	<input type="checkbox"/> Información sobre pruebas genéticas	<input type="checkbox"/> Información de depranocitos
----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

Propósito del uso o la divulgación	
Marque todo lo que corresponda:	
<input type="checkbox"/> Facilitar pago y operaciones de atención médica	<input type="checkbox"/> Coordinación de atención y servicios
<input type="checkbox"/> Intercambio de información relacionada con libertad bajo palabra o condicional o estado legal	<input type="checkbox"/> Continuación de la atención
<input type="checkbox"/> Intercambio de información relacionada con vivienda	<input type="checkbox"/> Reuniones o consultas
<input type="checkbox"/> Facilitar el traslado del cliente	<input type="checkbox"/> Facilitar el tratamiento
<input type="checkbox"/> Programa de cupones de alimentos, inscripción en el plan Oregon Health y programas de autosuficiencia	<input type="checkbox"/> Autorizar a una persona de contacto para casos de emergencia médica
<input type="checkbox"/> Intercambiar información sobre el tratamiento y el progreso del paciente	<input type="checkbox"/> Coordinar servicios educativos
<input type="checkbox"/> Para mis registros	
Otro: _____	

Vencimiento y anulación
Esta autorización vencerá (complete una de las siguientes opciones):
<ul style="list-style-type: none"> • El día: _____ • Si ocurre el siguiente evento: _____
*Si no se indica una fecha, evento o condición, este consentimiento vencerá luego de un año a partir de la fecha de su firma.
Derecho de anulación: entiendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento. Comprendo que anular esta autorización no afectará ninguna acción que haya tomado Adapt Integrated Health Care con base en la autorización antes de recibir mi aviso de anulación. Tampoco afectará la información que ya haya sido divulgada.

Firma del cliente	_____	_____
	Firma	Fecha
	_____	Relación con el cliente (marque una de las siguientes opciones):
	Nombre del cliente/paciente en letra de imprenta	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Tutor
		<input type="checkbox"/> Firma del representante personal*
*Si un representante personal del cliente firma la autorización, también se debe brindar una descripción sobre su autoridad para actuar en nombre del cliente: _____		

Información importante para el cliente

Para pagar servicios médicos: si Adapt Integrated Health Care actúa como su proveedor de servicios de atención médica o paga por los servicios del Oregon Health Plan o el programa de Medicaid, usted puede elegir no firmar este formulario. Esto **no** afectará de manera negativa su capacidad para recibir los servicios de salud, **a menos que** los servicios de atención médica tengan el único propósito de brindar información de salud a alguien más y se necesite la autorización para hacer la divulgación. (Algunos ejemplos serían: exámenes, pruebas o evaluaciones).

Si elige no firmar este formulario, esto **puede afectar** el pago de sus servicios si se necesita esta autorización para el reembolso de compañías privadas de seguro u otras agencias no gubernamentales.

Este formulario es voluntario. Adapt Integrated Health Care no puede condicionar administración de tratamiento, pago o inscripción en programas de atención médica con financiamiento público a firmar esta autorización, excepto en los casos descritos anteriormente. Sin embargo, usted debe recibir información precisa sobre cómo el negarse a autorizar la divulgación de la información puede afectar de manera negativa la coordinación de servicios. Si decide no firmar, puede que se le remita a un servicio único que pueda ayudarlo a usted y a su familia sin el intercambio de información.

Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

Esta autorización es voluntaria y tiene el propósito de confirmar sus instrucciones.

Divulgación posterior:

Para servicios de atención primaria y salud mental: entiendo que la información utilizada y divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y dejar de estar protegida por la ley federal o estatal.

Para los programas de SUD: Ha recibido esta información de registros protegidos por las Normas Federales de Confidencialidad (Título 42 del CFR, Parte 2). Las leyes federales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que dicha divulgación adicional esté permitida en forma expresa mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o esté permitida de alguna otra manera por el Título 42 del CFR, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u de otro tipo **no** es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar criminalmente a cualquier paciente por consumo de drogas o alcohol.

Servicios de salud que usan este formulario:

Términos usados: el intercambio mutuo permite a Adapt Integrated Health Care y a la persona u organización que se menciona en la autorización a brindar y recibir información entre sí.

Asistencia: siempre que sea posible, un miembro del personal de Adapt Integrated Health Care debe completar este formulario con usted. Asegúrese de comprender el formulario antes de firmarlo. No dude en hacer preguntas sobre el formulario y lo que autoriza. Puede sustituir la firma con una marca o puede pedirle a una persona autorizada que firme el formulario en su nombre.

Menores de edad: si es menor de edad, puede autorizar la divulgación de información de salud mental o consumo de sustancias si es mayor de 14 años; la divulgación de información sobre enfermedades de transmisión sexual o anticonceptivos independientemente de su edad; y la divulgación de información médica general si es mayor de 15 años.

Atención especial: en el caso de información sobre VIH/sida, salud mental, pruebas genéticas o tratamiento por consumo de alcohol o drogas, la autorización debe identificar claramente la información que se puede divulgar.