

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO/DIVULGACIÓN/INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN  
SANITARIA PROTEGIDA**

DBHDS/Western State Hospital, P.O. Box 2500, Staunton, VA 24402-2500

Número de teléfono : (540) 332-8015 Número de fax: (540) 332-8266

<b>Nombre del paciente: Apellido, Primero, MI</b>	<b>Dob:</b>
---	-------------

**La extensión o naturaleza del uso/divulgación se limita a: (Marque o enumere todos los que correspondan)**

Resumen de descarga	Historia y Físico	Evaluación del trabajo social
Evaluación Psiquiátrica	Notas de progreso	Ordenes médicas
Trabajo de laboratorio	Consultas	Plan de tratamiento
Información sobre el VIH/SIDA	Información sobre abuso de sustancias	Evaluación psicológica/Resumenintegrado

Otro: Lista de todos: \_\_\_\_\_

El propósito especificado o la necesidad de uso/divulgación es: Diagnóstico/Planificación de descarga de tratamiento  
Otro, Especificar: \_\_\_\_\_

<b>Se da permiso para:</b> Nombre y nombre de la persona responsable de la instalación, por ejemplo ,el director de la instalación o su designado autorizado")	Western State Hospital: (Inserte el nombre de la Persona Responsable)
---	---

<b>Para divulgar información a <u>quirófano</u></b> <b>Para intercambiar información con:</b> Nombre u otra identificación específica y dirección de la dirección de la organización, ciudad, estado, teléfono postal/fax ?	<b>Teléfono:</b> _____ <b>Fax:</b> _____
---	--

**También autorizo al destinatario a utilizar la información recibida de conformidad con esta autorización.**

Como la persona que firma esta autorización, reconozco que estoy dando mi permiso a la persona/clase de personas antes mencionada para divulgar y usar información médica protegida. Reconozco además que:

- Puedo negarme a firmar esta autorización.
- DBHDS / Western State Hospital no puede condicionar la prestación de tratamiento a mí en la firma de esta autorización.
- El original o una copia de esta autorización se incluirán en mis registros originales.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se hay tomado medidas en función de ella, entregando la revocación por escrito al proveedor que está en posesión de mis registros de atención médica.
- Existe la posibilidad de que cualquier información divulgada de conformidad con esta autorización esté sujeta a re-divulgación por parte del destinatario y, por lo tanto, ya no esté protegida por las disposiciones de la Regla de Privacidad de la HIPAA. Si esta información se divulga a partir de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad por abuso de sustancias (42 CFR parte 2), las reglas federales prohíben al destinatario hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que su divulgación adicional esté expresamente permitida por su autorización por escrito o según lo permita 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o procesar a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

Si no se revoca previamente, esta autorización expirará en:	90 días __	Un año __	Activado (especificar fecha o evento)
---	------------	-----------	---------------------------------------

La información puede ser divulgada en vigor:	Inmediatamente _____	(especificar fecha) _____
--	----------------------	---------------------------

Esta autorización no se extiende a la información colocada en mi registro después de la fecha en que firmé este formulario.

**Por favor, también complete la relación y la fecha firmada**

--	--

FIRMA de Un Representante Individual (adulto) o Autorizado	Relación	Fecha firmada
FIRMA del Menor (si así lo requiere la ley)	Fecha firmada	
FIRMA del testigo (opcional)	Fecha firmada	
<p style="text-align: center;">Western State Hospital P. O. Box 2500 Staunton, VA 24402-2500</p> <p style="text-align: center;">AUTORIZACIÓN DBHDS PARA EL USO/DIVULGACIÓN/INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA Formulario WSH n.o 153 (Rev. 01/26/2018) Página 1/1</p>  <p>* RI0030 *</p>		<p><b>Dirección</b></p>