

**AUTHORIZATION FOR USE/DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION
AUTORIZACIÓN PARA EL USO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

Nombre del paciente: Apellido, Nombre, Inicial 2º nombre <i>Patient Name: Last, First, MI</i>		
Fecha de nacimiento <i>DOB:</i>	#SS o # Registro médico <i>SS# or Medical Record#</i>	
El alcance o naturaleza del uso/divulgación se limita a: (Marque √ o anote todo lo que corresponda) <i>Extent or nature of use/disclosure is limited to: (Check √ or list all that apply)</i>		
<input type="checkbox"/> Resumen del alta (<i>Discharge Summary</i>)	<input type="checkbox"/> Historia y examen físico (<i>History & Physical</i>)	<input type="checkbox"/> Evaluación de trabajo social (<i>Social Work Assessment</i>)
<input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica (<i>Psychiatric Evaluation</i>)	<input type="checkbox"/> Notas de progreso (<i>Progress Notes</i>)	<input type="checkbox"/> Órdenes médicas (<i>Physician Orders</i>)
<input type="checkbox"/> Exámenes de laboratorio (<i>Lab Work</i>)	<input type="checkbox"/> Consultas (<i>Consultations</i>)	<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento (<i>Treatment Plan</i>)
<input type="checkbox"/> Información de VIH/SIDA (<i>HIV/AIDS Information</i>)	<input type="checkbox"/> Información de abuso de sustancias (<i>Substance Abuse Information</i>)	<input type="checkbox"/> Evaluación psicológica (<i>Psychological Evaluation</i>)
<input type="checkbox"/> Otros: Anote todos (<i>Other: List All</i>)		
Acceso a la información <input type="checkbox"/> Divulgación verbal de información		(Information Access): <i>(Verbal Disclosure of Information)</i>
Propósito o necesidad específico para el uso/divulgación (Specified purpose or need for use/disclosure is) <input type="checkbox"/> Diagnóstico/Tratamiento (<i>Diagnosis/Treatment</i>) <input type="checkbox"/> Planificación del alta (<i>Discharge Planning</i>) <input type="checkbox"/> Otro, especificar (<i>Other</i>)		
Por este medio se otorga permiso a: Permission is hereby given to:	<i>Inserte el nombre específico de la instalación y nombre de la persona responsable (Ejemplo: "Director de la instalación o su representante autorizado")--Insert Specific Facility Name & Name of Responsible Person (e.g. "Facility director or his authorized designee")</i>	
Para divulgar información a: (To disclose information to):		
_____ <i>Nombre, cargo y organización</i> <i>(Name, title and organization)</i>		_____ <i>Dirección, ciudad, estado, código postal</i> <i>(Street Address, City, State, Zip)</i>
_____ <i>Número de teléfono</i> <i>Phone Number</i>	_____ <i>Número de fax</i> <i>Fax Number</i>	_____ <i>Correo electrónico</i> <i>Email Address</i>
También autorizo al receptor a utilizar la información recibida en virtud de la presente autorización <i>(I also authorize the recipient to use the information received pursuant to this authorization).</i>		

**AUTHORIZATION FOR USE/DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION
AUTORIZACIÓN PARA EL USO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

Como la persona que firma esta autorización, reconozco que estoy dando mi permiso a la persona/grupo de personas antes mencionadas para divulgar y utilizar la información protegida de salud. Reconozco además que:

(As the person signing this authorization, I acknowledge that I am giving my permission to the above-named person/class of persons to disclose and use protected health information. I further acknowledge that:)

- Puedo negarme a firmar esta autorización *(I may refuse to sign this authorization.)*
- DBHDS/ (_____) no puede condicionar el suministro de tratamiento a que yo firme esta autorización. *DBHDS/ (_____) cannot condition the provision of treatment to me on my signing of this authorization. (El original o una copia de esta autorización se incluirá en mis registros originales. (The original or a copy of this authorization shall be included with my original records.)*
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que alguna acción ha sido tomada basándose en ella, mediante la entrega de la revocación por escrito al proveedor que está en posesión de mis registros de cuidado de la salud. *(I have the right to revoke this authorization at any time, except to the extent that action has been taken in reliance on it, by delivering the revocation in writing to the provider who is in possession of my health care records.)*
- Hay posibilidad de que cualquier información divulgada de conformidad con esta autorización pueda ser sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y, por lo tanto, ya no esté protegida por las disposiciones de la Regla de Privacidad de HIPAA. Si esta información está siendo divulgada de archivos protegidos por las reglas federales de confidencialidad de abuso de sustancias (42 CFR parte 2), las reglas federales prohíben al receptor hacer cualquier otra divulgación de esta información a menos que dicha divulgación esté expresamente permitida por la autorización escrita de parte suya o esté permitida por 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 o procesar criminalmente a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas. *(There is a potential for any information disclosed pursuant to this authorization to be subject to re-disclosure by the recipient and, therefore, no longer protected by the provisions of the HIPAA Privacy Rule. If this information is being disclosed from records protected by the Federal substance abuse confidentiality rules (42 CFR part 2), the Federal rules prohibit the recipient from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by your written authorization or as otherwise permitted by 42 CFR part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.)*
- Entiendo que hay un cargo de \$.50 por página para 1-50 páginas, \$.25 por página para más de 51 páginas, más gastos de correo si se envía. **Se requiere identificación con foto.** *(I understand there is a fee of \$.50 per page for pages 1-50, \$.25 per page for pages 51+, plus actual postage if mailed. Photo ID is required.)*

Si no se revoca antes, esta autorización caducará en: If not previously revoked, this authorization will expire in:	<input type="checkbox"/> 90 días 90 Days	<input type="checkbox"/> Un año One Year	<input type="checkbox"/> Otro (especificar fecha o evento) On (specify date or event)
La información puede ser divulgada a partir de: The information may be disclosed effective:	<input type="checkbox"/> Inmediatamente Immediately	<input type="checkbox"/> (Especificar la fecha) (specify date)	
This authorization <input type="checkbox"/> does <input type="checkbox"/> does not extend to information placed in my record after the date I signed this form. Esta autorización <input type="checkbox"/> se extiende <input type="checkbox"/> no se extiende a la información colocada en mi registro después de la fecha de firma de este formulario.			

Firma del individuo (adulto) o representante legalmente autorizado <i>(Signature of Individual (adult) or Legally Authorized Rep)</i>	Relación (Relationship)	Fecha de firma <i>Date Signed</i>
---	--------------------------------	---

Testigo (opcional)-Witness (optional)	Fecha de firma <i>Date Signed</i>
--	---