



AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Mediante la presente autorizo a Rocky Mountain Human Services y a sus empleados a obtener y compartir información médica personal identificable con los proveedores u organizaciones alistadas a continuación, con los propósitos también descritos. Además, puedo utilizar este formulario con el fin de solicitar de mi información para uso personal.

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos del seguro social: _____

☐ Yo autorizo el intercambio de información entre las partes descritas a continuación.

LA INFORMACIÓN ES REQUERIDA POR:
Nombre:
Dirección:
Ciudad/Estado/Código Postal:

LA INFORMACIÓN ES BRINDADA A:
Nombre:
Dirección:
Ciudad/Estado/Código Postal:

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE SERA COMPARTIDA: Marcar todas las que apliquen

Indique la fecha específica o el rango para liberación	FECHAS:	Indique la fecha específica o el rango para liberación	FECHAS:
Información demográfica		Evaluaciones	
Servicio/Planes de tratamiento/IEP/IFSP		Aplicaciones/Determinaciones de elegibilidad	
Otro: (Especificar)			

*Excluye notas de psicoterapia

EL PROPÓSITO DE DIVULGAR ESTA INFORMACIÓN ES: Marque todas las que apliquen

A petición del cliente/Uso personal	Transición de atención/Planeación
Coordinación de servicios/atención	Determinaciones de elegibilidad
Otro: (Especificar)	

Entiendo que la información revelada por esta autorización exceptuando la información de sobre abuso de alcohol y drogas está sujeta a la divulgación como lo acredita el 42 CFR Parte 2 y puede que ya no esté protegida por el "Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud, Regla de Privacidad (45 CFR Part 164)" y "Ley de Privacidad de 1974 (5 USC 552a)". Entiendo que esta información en mi historial médico puede incluir información relacionada a enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), Entiendo que esta autorización es voluntaria.

También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Además, entiendo que cualquier divulgación de esta información antes de la fecha de revocación es legal y vinculante. También entiendo que puedo rechazar a firmar dicha autorización y que mis servicios no se verán afectados de no firmar, excepto aquellos con el propósito de determinar elegibilidad para los servicios, la elegibilidad puede ser declinada si la autorización no es dada. Además, entiendo que puedo solicitar una copia de este documento firmado y que tengo derecho a visibilidad y copia de la información descrita en el formulario de ser solicitada. Entiendo que puedo solicitar una lista de entidades a las cuales será divulgada mi información.

Entiendo que a menos que yo especifique una fecha de expiración o condición, esta autorización es válida por el período de tiempo necesario para cumplir su propósito, o por hasta un año desde que la misma ha sido firmada. Esta autorización caducará en ____/____/____ (DD/MM/AA).

Entiendo y estoy de acuerdo con que mi firma electrónica en esta autorización es válida y es el equivalente legal de mi firma manuscrita.

(Firma del cliente/Representante legal)	(Fecha)
Nombre	Relación con el cliente
(Testigo, de ser requerido)	(Fecha)
Una fotocopia de este documento tendrá la misma validez como el original	