



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

Por la presente doy mi consentimiento y autorizo a Rocky Mountain Human Services y a sus empleados a obtener y compartir información de salud protegida individualmente identificable con los proveedores u organizaciones que figuran a continuación, para los fines que se describen a seguir.

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos Número de Seguro Social: _____

LA INFORMACIÓN SE SOLICITA DE:
Nombre:
Dirección:
Ciudad / Estado / Código postal:

LA INFORMACIÓN ES PARA PROPORCIONARLA A:
Nombre:
Dirección:
Ciudad / Estado / Código postal:

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE SERÁ DIVULGADA: Marque todo lo que corresponda

Indique la fecha específica o el rango de fechas para las fechas de divulgación	FECHAS:	Indique la fecha específica o el rango de fechas para las fechas de divulgación	FECHAS:
Identificación de datos (nombre, dirección, números de teléfono, compañía de seguros, número de seguro social, número de Medicaid, diagnósticos, proveedores de servicios, contactos de la agencia)		Solo información relacionada con: (especificar)	
Planes de Servicio / Tratamiento / IEP - Programa Educativo Individualizado / IFSP - Plan Individualizado de Servicios Familiares		Registros de Tratamiento de Alcohol / Abuso de Drogas / Substancias	
Análisis / Evaluaciones		Registros de Salud Mental / Notas de Progreso Psicológico *	
Determinaciones sobre Solicitudes / Elegibilidad		Registros de Tratamiento para VIH / SIDA	
Página de Recomendación HRC			
Otros: (especificar)			

* Excluye notas de psicoterapia



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

Por la presente doy mi consentimiento y autorizo a Rocky Mountain Human Services y a sus empleados a obtener y compartir información de salud protegida individualmente identificable con los proveedores u organizaciones que figuran a continuación, para los fines que se describen a seguir.

EL PROPÓSITO DE ESTA DIVULGACIÓN ES: Marque todo lo que se aplica

A solicitud del Cliente / para uso personal	Para Evaluación de Riesgos
Coordinación de Servicios / Coordinación de Cuidados	Transición de Cuidados / Planes
Determinaciones de Elegibilidad	Servicios Financieros
Otros: (Especificar)	

Entiendo que la información divulgada por esta autorización, excepto la información de Alcohol y Abuso de Drogas tal como se define en 42 CFR Parte 2, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que no esté más protegida por la regla de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (45 CFR Parte 164) y la Ley de Privacidad de 1974 (5 USC 552a). Asimismo, es de mi conocimiento que la información en mi expediente de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También entiendo que esta autorización es voluntaria.

Por otro lado, sé que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y comprendo que cualquier divulgación de información antes de la fecha rescindida es legal y vinculante. Además, entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mis servicios no se verán afectados si no la firmo, a menos que, para fines de determinar la elegibilidad para los servicios, la elegibilidad pueda ser negada si no se otorga la autorización. Sé que puedo solicitar una copia de esta autorización firmada y que también puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si así lo solicito, al igual que obtener una lista de las entidades a las que se ha divulgado mi información.

Entiendo que a menos que especifique una fecha de vencimiento o condición, esta autorización es válida por el período de tiempo necesario para cumplir su propósito, o hasta por un año a partir de la fecha de la firma. Esta autorización vencerá el ____ / ____ / ____ (DD / MM / AA).

(Firma del cliente / Responsable)	(Fecha)
(Nombre en letra imprenta)	(Relación con el cliente)
(Testigo, si se requiere)	(Fecha)
La fotocopia de esta divulgación tendrá el mismo valor que el original	

NOTA:

Esta autorización fue revocada el ____ / ____ / ____ (DD / MM / AA). Firma del personal de RMHS: _____ Fecha de revisión de RMHS 01/07/18