



Autorización para la divulgación de información médica, dental, de la vista o de comportamiento

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____

Teléfono: (H) _____ (W) _____ (Celúla) _____

DIRECCIÓN: _____ Código postal: _____

Esta información se utilizará para la comunicación y el intercambio de información entre:	
Infinity Health 302 NE 14 th St Leon, Iowa 50144 Teléfono: (641) 446-2383 Fax: (515)-864-0336	Instalación/Persona: _____ DIRECCIÓN: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico/Fax: _____

Autorizo voluntariamente a Infinity Health a divulgar y/o recibir información confidencial a las personas mencionadas anteriormente y autorizo la divulgación de información confidencial protegida con respecto a lo siguiente (por favor escriba sus iniciales): ___ Salud mental ___ Abuso de sustancias ___ VIH/SIDA ___

Se prefiere que la información se proporcione en formato oral, escrito o digital (circule uno) e incluirá específicamente lo siguiente como se indica:

Sí	No		Sí	No	
___	___	Evaluación/Consulta Psiquiátrica	___	___	Evaluación/Admisión
___	___	Pruebas psicológicas	___	___	Notas de terapia para pacientes
___	___	Expediente educativo	___	___	Médico/Registros dentales
___	___	Laboratorio/Informes de Radiología	___	___	Pruebas/registros de la AEA
___	___	Órdenes de colocación de cuidado de crianza	___	___	Notas de asesoramiento en el hogar
___	___	Registros de niños que necesitan asistencia	___	___	Historia Psicosocial
___	___	Resumen de alta	___	___	Otro: <u>Información del paciente</u>

Esta información se divulga y se puede usar solo para los siguientes propósitos: ___ Coordinación de servicios _____

(La autorización para la divulgación de información tiene una vigencia de 12 meses a partir de la fecha de la firma)

Si le solicito esta Autorización para mi propio uso y divulgación o para permitir que otro profesional de atención médica o entidad de atención médica divulgue información a mí o a las partes mencionadas anteriormente: (1) No puede negarme sus servicios o tratamiento si yo negarse a hacer esta autorización firmada; (2) tengo derecho a inspeccionar una copia de la información de salud protegida que se usará o divulgará; (3) puedo negarme a firmar esta Autorización; y (4) debo proporcionarle una copia de la autorización firmada. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito y excepto en la medida en que ya haya utilizado o divulgado la información en virtud de la autorización. Al firmar esta autorización, puedo indicarle que divulgue mi información de salud a una persona u organización que no tiene las mismas obligaciones de proteger la privacidad que se exigen a los profesionales de la salud, los planes de salud y otras entidades de atención médica observadas en virtud de las leyes estatales y federales. La divulgación de la información especificada anteriormente puede conllevar la posibilidad de divulgación no autorizada de mi información de salud protegida y la pérdida de protección según las leyes estatales y federales. Puedo solicitar que solicite al destinatario de mi información médica protegida que firme un acuerdo de confidencialidad en el que el destinatario acepta limitar el uso y la divulgación de mi información según lo especificado en el acuerdo de confidencialidad. Si el destinatario se negara a firmar el acuerdo de confidencialidad que solicité, no tendría que divulgar la información.

Firma del paciente o representante autorizado _____ Relación con el paciente _____ Fecha _____

Firma de testigo _____ Fecha _____

PROHIBICIÓN DE REDIVULGACIÓN: Esta información le ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la Ley Federal y/o Estatal. El formulario de Autorización para la divulgación de información no autoriza la nueva divulgación de información médica más allá de los límites de este consentimiento. La ley federal (42 CFR Parte 2) para el abuso de alcohol/drogas y la ley estatal (Código de Iowa 228 y 141) para la salud mental y el tratamiento del VIH/SIDA prohíben que la información divulgada de los registros protegidos por estas leyes se vuelva a divulgar, incluso a el paciente sin el consentimiento específico por escrito del paciente o según lo permitido por dichas leyes y/o reglamentos. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para estos fines. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar penalmente o enjuiciar a cualquier paciente que abusa del alcohol o las drogas.