Date request fulfilled: ___/___/_____Total pages released: _____
Request completed by: _____

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Por el presente autorizo a Oceans Behavioral Hospital de _____ para usar y revelar mi información médica al destinatario de abajo. Fechas del servicio: _____

Información del paciente

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/_____ N.º del Seguro Social: XXX-XX-_____

Dirección de correo: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Número de teléfono (_____) _____ -_____

La información se revelará a: _____

Dirección de correo: _____

Número de teléfono (_____) _____ - _____ Número de fax: (_____) _____ - _____

Método de revelación: ____ Correo ____Retiro por parte del paciente ____Fax ____Correo electrónico cifrado
____ Correo electrónico no cifrado

***NOTA**: Si el centro no puede coordinar una entrega electrónica según lo pedido, se ofrecerá un método de entrega alternativo (p. ej., copia en papel). Existe cierto riesgo de que un tercero pueda ver su PHI sin su consentimiento cuando la reciba por un medio o correo electrónico no cifrado. No somos responsables del acceso no autorizado a la PHI que está en este formato ni de ningún riesgo (p. ej., virus) que pueda entrar en su computadora/dispositivo cuando reciba la PHI en un formato electrónico o correo electrónico.*

Objetivos de la revelación: _____

Información médica protegida que se revelará:

- ☐ Informes sobre los historiales y los exámenes físicos
- ☐ Consultas
- ☐ Informes de laboratorio y de radiografías
- ☐ Resumen del alta
- ☐ Notas sobre el progreso del médico
- ☐ Otro (explique): _____
- ☐ Recetas de los médicos
- ☐ Planes de tratamiento
- ☐ Evaluación psiquiátrica
- ☐ Evaluación psicosocial
- ☐ Diagnósticos
- ☐ Excluir los resultados de las pruebas del VIH, sida y ETS
- ☐ Expediente médico completo

_____(***inicial***) Por el presente doy mi consentimiento para la revelación de la información sobre el trastorno por consumo de sustancias

Entiendo que, si tengo expedientes con información sobre el trastorno por consumo de sustancias, dichos expedientes están protegidos por la ley federal y no se incluirán a menos que dé mi consentimiento específicamente. Entiendo que puede haber información sobre el trastorno por consumo de sustancias en mis expedientes y que se necesita mi consentimiento voluntario para revelar por completo las categorías que marqué arriba. Entiendo que, sin mi consentimiento, las reglamentaciones federales pueden impedir que se revele la PHI a pesar de mis indicaciones de arriba.

-Entiendo que puedo revisar o copiar la información médica protegida que se describe en esta autorización.
-Entiendo que esta autorización se puede revocar indicándolo por escrito al Health Information Management Department of Oceans Behavioral Hospital (Departamento de Gestión de la Información Médica de Oceans Behavioral Hospital) en cualquier momento, aunque la revocación no entrará en vigor para la revelación de los expedientes que yo haya autorizado previamente, o si se tomó otra decisión en relación con una autorización que yo haya firmado (ver Aviso de Prácticas de Privacidad).
-Entiendo que parte de la información que se use o se revele a partir de esta autorización podría estar sujeta a una nueva revelación por parte del destinatario y, si eso pasa, es posible que no esté sujeta a las leyes federales o estatales que protegen su confidencialidad.
-Entiendo que Oceans Behavioral Hospital no podrá condicionar mi tratamiento si yo autorizo el uso o la revelación pedidos y que tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización.
-Entiendo y acepto que esta autorización es voluntaria, que la información que se revelará está protegida por la ley y que el uso/revelación que se identifica arriba se hará según mis indicaciones.
-Entiendo que la información de mi expediente médico puede incluir información sobre el sida, el VIH o enfermedades de transmisión sexual

Fecha de vencimiento: Esta autorización vencerá el/si (fecha o evento) _____
(*Si se deja en blanco, esta autorización vencerá 6 meses después de la fecha en que se firme*)

Firmas. He leído esta Autorización y Consentimiento, y confirmo que es coherente con mis indicaciones. Entiendo que, al firmar este formulario, acepto y autorizo el uso o revelación de mi información médica protegida y confidencial.

_____
Firma del paciente o representante legal (proporcione información de respaldo). Fecha *Relación con el paciente*

☐ Verbal Aithorization obtained by: _____
In the evento of a verbal order, this should be used only after all attempts to obtain a written consent have been exhausted, please verify the patient's identity with 2 witnesses

_____ _____
Witness #1 (Print and Sign) Date Witness #2 *(Print and Sign)* Date

Date Authorization was Revoked (if aplicable) Date: _____Time: _____