



STATE OF MISSOURI

# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD DEL CONSUMIDOR

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo y solicito que

NOMBRE DEL CONSUMIDOR, PADRE, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL

**Marque todo lo que corresponda:**

- Department of Mental Health (DMH)  Department of Health and Senior Services (DHSS)
- Department of Social Services (DSS)  Department of Elementary and Secondary Education
- Department of Corrections (DOC)  (DESE) Missouri Veterans Commission (MVC)
- Otro \_\_\_\_\_

NOMBRE DE INSTITUCIÓN, AGENCIA, CENTRO DE SALUD MENTAL, PERSONA

**divulgue o dé a conocer** la siguiente información específica de:

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL
--------	---------------------	--------------------------

QUIEN RECIBIÓ LOS SERVICIOS DE (FECHAS)

**a (marque todo lo que corresponda)**

- Department of Mental Health (DMH)  Department of Health and Senior Services (DHSS)
- Department of Social Services (DSS)  Department of Elementary and Secondary Education (DESE)
- Department of Corrections (DOC)  Missouri Veterans Commission (MVC)
- Otro \_\_\_\_\_

NOMBRE DE INSTITUCIÓN, AGENCIA, CENTRO DE SALUD MENTAL, PERSONA

(DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, C. P.)

**EL PROPÓSITO DE DIVULGAR ESTA INFORMACIÓN ES (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA):**

- Determinación de elegibilidad  Evaluación  Postratamiento
- Inserción  Canalización/Tratamiento  Planificación de tratamientos
- Prolongación de servicios/atención  Audiencia de libertad condicional/incondicional  A solicitud del consumidor
- Enviar o remitir mi información a otras agencias estatales de Missouri (como DMH, DHSS, DSS, DESE, DOC, MVC, etc.) para acceder a servicios acordes con el programa \_\_\_\_\_ (ingrese el nombre del programa en el que desea participar)
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**LA INFORMACIÓN ESPECÍFICA QUE SE DIVULGARÁ ES LA SIGUIENTE (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA):**

- Resumen del alta  Notas sobre el progreso  Plan y/o revisión del tratamiento
- Evaluación de servicios sociales  Examen educativo, IEP, expediente y/o informe de calificaciones
- Evaluación médica o psiquiátrica  Notas de psicoterapia
- Evaluación psicométrica, incluidos resultados de cociente intelectual (IQ), exploración neurológica u otros resultados de pruebas del desarrollo.
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_

1. **LEA DETENIDAMENTE:** Comprendo que mis registros de información médica o de salud son confidenciales. Comprendo que al firmar esta autorización apruebo que se divulgue mi información médica o de salud. La información médica protegida (PHI) en mi expediente médico incluye información de salud mental o conductual. Además puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), otras enfermedades transmisibles o afecciones ambientales y/o alcoholismo o drogadicción.
2. Los registros de información sobre alcoholismo o drogadicción están protegidos específicamente por reglamentos federales (42 CFR 2) pero al firmar esta autorización apruebo que se divulguen irrestrictamente registros de información sobre alcoholismo o drogadicción (si los hubiese) a la agencia o la persona indicada anteriormente. Firme en caso de que autorice que se divulgue información sobre alcoholismo o drogadicción: \_\_\_\_\_
3. Esta autorización se aplica tanto a información ya recopilada como a la que se recopilará en el transcurso del tratamiento indicado anteriormente en la institución o agencia encargada de pagar los servicios que se mencionó anteriormente, durante el plazo especificado.
4. Esta autorización será vigente a partir de \_\_\_\_\_ . Esta autorización vencerá automáticamente en la siguiente fecha, el siguiente evento o al cumplirse esta condición: \_\_\_\_\_.
5. Si no especifico una fecha de vencimiento, esta autorización vencerá en un año.
6. Comprendo que tengo derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo **POR ESCRITO** y presentar mi revocación por escrito al departamento de gestión de información de salud (expedientes médicos) o al centro de información al cliente de esta institución. Además comprendo que las acciones que ya se habían llevado a cabo con base en esta autorización, antes de la revocación, **NO** se verán alteradas.
7. Comprendo que tengo derecho de recibir una copia de esta autorización. **Una copia fotostática de esta autorización tiene la misma validez que el documento original.**
8. Comprendo que es voluntario autorizar que se divulgue esta información médica o de salud. Puedo negarme a firmar esta autorización. No es necesario firmar este formulario para garantizar tratamientos. Comprendo que puedo solicitar que se investigue qué información será usada o divulgada o solicitar una copia de dicha información, según lo dispuesto en 45 CFR Sección 164.524. Comprendo que al divulgar información siempre existe la posibilidad de que la misma se divulgue subsecuentemente sin autorización y es probable que la información en cuestión no esté protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas acerca de la divulgación de mi información médica o de salud puedo comunicarme con el director de gestión de información de salud (director de expedientes médicos) o el centro de información al usuario, o la persona designada, o el responsable de privacidad de esta entidad.

**EN LO CONCERNIENTE A LOS REGISTROS DE INFORMACIÓN SOBRE ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN, SE APLICA LO SIGUIENTE:** Prohibición de divulgación subsecuente: Esta información le ha sido divulgada de registros cuya confidencialidad está protegida por leyes federales. Las normas federales (42 CFR Parte 2) le prohíben seguir divulgando la misma sin la autorización expresa y por escrito de la persona a quien pertenece, o según se indique en dichas normas. Para este propósito NO es suficiente una autorización general para divulgar información médica o de otro tipo.

FIRMA DEL CONSUMIDOR	FECHA
TESTIGO	FECHA
FIRMA DEL PADRE O REPRESENTANTE O TUTOR LEGAL	

(Incluya una *Descripción de autoridad para actuar en nombre del usuario* y anexe una copia del *Documento de concesión de autoridad*, en caso correspondiente)

**AVISO DE REVOCACIÓN**

FECHA

Yo \_\_\_\_\_, (consumidor) por este medio revoco mi autorización para divulgar información a la agencia o persona mencionada anteriormente. Esta revocación anula cualquier permiso para divulgar la información proporcionada expresamente con base en la autorización anterior. Comprendo que toda acción realizada con base en esta autorización, previa a la revocación, no se verá alterada.

FIRMA DEL CONSUMIDOR	FECHA
TESTIGO	FECHA
FIRMA DEL PADRE O REPRESENTANTE O TUTOR LEGAL	

Si decide revocar su autorización, proporcione una copia de la revocación con sus datos al director de gestión de información de salud (director de expedientes médicos), o al centro de información al usuario, o al responsable de privacidad de esta institución.