

Autorización para la divulgación de información



Nombre del miembro	Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
--------------------	--	---------------------

- YO, _____, AUTORIZO LA DIVULGACIÓN, EL INTERCAMBIO Y LA COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN ENTRE **VAYA HEALTH (VAYA)** Y LAS PERSONAS Y/O ENTIDADES QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN.
- La información que se divulgará, compartirá e intercambiará es la siguiente:
 - Información médica/psiquiátrica incluida en un conjunto de registros designados según 45 CFR § 164.524(a). Esto puede incluir diagnósticos, notas de progreso, evaluaciones diagnósticas, planes centrados en la persona, planes de apoyo individualizados, planes de atención, historial médico y de tratamientos, medicamentos, resúmenes de alta, datos de laboratorio, información sobre la elegibilidad para Medicaid/Medicare, presupuestos de asignación de recursos, evaluaciones de la escala de intensidad de apoyo y otra información utilizada para coordinar los servicios.
 - Información financiera (por ejemplo, registros de pagos realizados a proveedores, formularios de explicación de beneficios)
 - Notas de psicoterapia _____ *(se requieren las iniciales)*
 - Información relacionada con el VIH y/o el SIDA _____ *(se requieren las iniciales)*
 - Información sobre el consumo de sustancias _____ *(se requieren las iniciales)*. Se trata de información que puede identificarme como una persona con un diagnóstico de consumo de sustancias (drogas o alcohol) o como alguien que ha recibido tratamiento por consumo de sustancias en el pasado. Entiendo que mis registros de tratamiento por consumo de sustancias están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias (42 CFR Parte 2), la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) y 45 CFR Partes 160 y 164, y pueden volver a divulgarse en virtud de este consentimiento y de conformidad con las regulaciones actuales de la HIPAA. 42 CFR Parte 2 prohíbe el uso o la divulgación no autorizados de estos registros.
 - Otro: _____
 - Otro: _____

NOTA: Una vez completada y firmada esta autorización, no se puede modificar ni cambiar de ninguna manera. Si desea cambiar esta autorización, debe revocarse, y usted debe completar y firmar una nueva autorización.

- El propósito o alcance de esta divulgación: seleccione todas las opciones que correspondan, EXCEPTO si selecciona la divulgación de información sobre el consumo de sustancias para procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos:
 - Coordinación de la atención/tratamiento, pago y operaciones de atención médica
 - A petición mía o de mi representante legal
 - Razones legales (por ejemplo, tutela, apelaciones, indemnización por accidente laboral, servicios sociales o procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos)
 - Solo para información sobre el consumo de sustancias: procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en mi contra **(si se selecciona, no seleccione ningún otro propósito)**
 - Otro: _____
- SOLICITUDES DE REGISTROS: Tenga en cuenta que los registros solicitados pueden incluir información de los proveedores, que puede estar incompleta. Póngase en contacto con su proveedor para obtener información completa.
 - La información solicitada es:
 - Como se indica arriba; o
 - Información identificada en el/los documento(s) adjunto(s).
Adjunte cualquier citación, carta de presentación de su abogado u otro documento.
 - Por favor, divulgue la información solicitada de la siguiente manera:
 - Documentos en papel enviados por correo ordinario de los EE. UU. a la(s) dirección(es) postal(es) que se enumeran a continuación; o
 - Por fax a _____ (incluya el código de área); o

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Documentos electrónicos enviados por correo electrónico a la siguiente dirección:

Tenga en cuenta que los documentos enviados por correo electrónico están encriptados por motivos de seguridad y el destinatario deberá establecer una contraseña para acceder a ellos.

c. Rango de fechas de los registros que se solicitan: _____

5. Entiendo que *es posible que el destinatario de estos registros no proteja mi información contra una nueva divulgación* y que, cuando esta información incluya diagnósticos o tratamientos por consumo de sustancias, el destinatario pueda volver a divulgar dichos registros o la información contenida en ellos de acuerdo con los permisos establecidos en la normativa HIPAA, excepto para usos y divulgaciones en procedimientos civiles, penales, administrativos y legislativos en mi contra.
6. Entiendo que, si mi registro contiene información relacionada con el SIDA o afecciones relacionadas con el SIDA, consumo de sustancias o notas de psicoterapia, esta divulgación **NO** incluirá esa información **A MENOS QUE** yo haya puesto mis iniciales junto a cada elemento que se vaya a divulgar. Además, entiendo que, si solicito a Vaya que me entregue mis notas de psicoterapia, debo comunicarme con mi proveedor tratante para obtenerlas.
7. También entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago por mis servicios. Entiendo que mi información de salud se comparte entre mi proveedor y Vaya para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, a menos que yo revoque específicamente la autorización para esos fines. Entiendo que puedo ser dado de alta y/o se me pueden denegar los servicios si revoco el consentimiento para la divulgación para tales fines.
8. Entiendo que, si no especifico una condición o fecha de vencimiento, esta autorización será válida durante el período de tiempo necesario para cumplir con su propósito, o hasta un año a partir de la fecha de la firma, lo que ocurra primero. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que Vaya u otro titular legal de mi información que esté autorizado a divulgarla ya haya actuado basándose en ella. Además, entiendo que cualquier acción tomada en virtud de esta autorización antes de la fecha en que la revoque es legal y vinculante.
9. Además, entiendo que se me entregará una copia de este formulario una vez que se haya completado esta autorización.

Firma	Nombre en letra de imprenta	Fecha de la firma	Fecha de vencimiento <i>(hasta un año si se deja en blanco)</i>
-------	-----------------------------	-------------------	--

Firma del representante legal	Relación con el miembro	Fecha de la firma	Fecha de vencimiento <i>(hasta un año si se deja en blanco)</i>
-------------------------------	-------------------------	-------------------	--

Destinatarios (Se deben completar todos los campos. Escriba con letra de imprenta clara)

- Mis proveedores tratantes, planes de salud y terceros pagadores _____ *(se requieren las iniciales)*
- Posibles proveedores de atención médica identificados por Vaya para fines de diagnóstico, derivación o tratamiento _____ *(se requieren las iniciales)*

Nombre: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Revocación de la autorización

AUTORIZACIÓN REVOCADA POR:	
_____	Fecha: _____
<i>Firma de la persona autorizada</i>	<i>Revocación efectiva a partir de la fecha de la firma</i>