



Behavioral Health Autorización para el Uso & Divulgación de Información

Al firmar esta forma estoy permitiendo que mi información de salud protegida sea divulgada y usada, por escrito o verbalmente.

Nombre del Cliente (escriba claramente): _____ Fecha de Nacimiento: _____

SECCION A

Por la presente autorizo a

- Polk County Behavioral Health que le **proporcione** los registros o información **A:**
- Polk County Behavioral Health que **solicite** los registros o información **DE:**

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Fax: _____

- Doctor de Cabecera
- ADES
- DHS
- Contacto de Emergencia
- Oficial de Libertad Condicional
- Padre de Crianza
- Escuela
- Otro: _____

Los registros PARA Polk County Behavioral Health deben ser enviados a:

- 182 SW Academy Street Suite 333
Dallas, OR 97338
Tel: 503-623-9289 Fax: 503-831-1726

- 1520 Plaza Street NW
Salem, OR 97304
Tel: 503-585-3012 Fax: 503-585-0128

SECCION B

Iniciales Aquí	Información específica que será divulgada (Ponga sus iniciales si está bien divulgada)	Propósito para la Autorización
	Registros de salud mental / evaluación psiquiátrica y tratamiento	<input type="checkbox"/> Planificación/Prestación de Tratamiento <input type="checkbox"/> Claridad de diagnóstico <input type="checkbox"/> Información requerida por ADES, DHS, la libertad condicional, Otro <input type="checkbox"/> Para el propósito de emergencia solamente <input type="checkbox"/> A petición del cliente (honorarios razonables podrían ser cobrados para cubrir los gastos de preparar, copiar, y enviar sus registros por correo) <input type="checkbox"/> Otro: _____
	Diagnóstico de Alcohol/Drogas, tratamiento, análisis de orina, referencias	
	Registros relacionados al VIH/SIDA	
	Registros de tratamiento médico y de laboratorio	
	Contacto de Emergencia	
	Otro: _____	

SECCION C

Expiración: Este permiso es válido por la duración de mi episodio de atención o hasta la fecha especificada: _____

Puedo revocar esta autorización por escrito mediante la presentación de mi revocación por escrito en la clínica o en el sitio donde recibí mis servicios. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi denegación no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago, o mi elegibilidad para los beneficios. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información utilizada y/o divulgada bajo esta autorización. Los miembros de Willamette Valley Community Health CCO (WVCH CCO) no podrán revocar el intercambio de información entre otros proveedores de la red WVCH CCO.

Entiendo que, si el destinatario de la información divulgada bajo esta autorización no es un plan de salud o proveedor cubierto por las leyes de privacidad federales o estatales, la información puede ser revelada por el destinatario y deja de ser protegida bajo esas leyes. Si la información revelada bajo esta autorización incluye el VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, la salud mental, y el diagnóstico de abuso de alcohol/drogas, tratamiento o referencia, la ley federal o estatal puede prevenir que el destinatario vuelva a divulgar esta información. He leído esta autorización y la entiendo.

Firma del Cliente o Representante Legal Personal _____ Fecha _____

Firma de Testigo _____ Fecha _____

Parentesco con el Cliente _____

Sólo para el Uso de Oficina

Por la presente revoco esta autorización a partir de: _____
 Revocación Verbal es permitida para la información de A&D

Se requiere la firma para la información de la salud mental

Uso de este formulario

1. **Asistencia:** Siempre que sea posible, un miembro del personal de PCBH debe ayudarle a llenar este formulario. **Asegúrese de entender la forma antes de firmar.** No dude en hacer preguntas sobre la forma y lo que le permite hacer. Usted puede sustituir una firma con la fabricación de una marca o pedirle a una persona **autorizada** que firme en su nombre.
2. **Tutela/Custodia:** Si la persona que firma este formulario es un representante personal, como un tutor, debe adjuntar una copia, a este formulario, de los documentos legales que verifiquen la autoridad del representante para firmar la autorización. Del mismo modo, si una agencia tiene custodia, y su representante firma, la autoridad de la custodia debe estar adjunta a este formulario.
3. **Cancelar:** Si después desea cancelar esta autorización, hable con un empleado de PCBH. Se le puede pedir la solicitud de cancelación por escrito. Los reglamentos federales no requieren que la cancelación sea por escrito para los programas de Drogas y Alcohol. Ninguna otra información puede ser divulgada o solicitada después que cancela la autorización. PCBH puede seguir utilizando la información obtenida antes de la cancelación.
4. **Menores de Edad:** Si es menor de edad (14 años o más), puede autorizar la divulgación de información de la salud mental o abuso de sustancias; independientemente de su edad puede autorizar la divulgación de cualquier información sobre las enfermedades de transmisión sexual o de control de natalidad; Si tiene 15 años o más puede autorizar la divulgación de información general médica.
5. **Atención Especial:** Para la información sobre el **VIH/SIDA, la salud mental, las pruebas genéticas o tratamiento para el abuso de alcohol/drogas**, la autorización debe identificar claramente la información específica que puede ser divulgada.
6. **Re-divulgación:** Los reglamentos federales (42 CFR Parte 2) prohíben la divulgación adicional de información sobre Alcohol y Drogas; la ley estatal (ORS 433.045, OAR 333-12-0270) prohíbe la divulgación adicional de información sobre el VIH/SIDA; y la ley estatal (ORS 179.505, ORS 344.600) prohíbe la divulgación adicional de información sobre la salud mental, tratamiento de abuso de sustancias, rehabilitación vocacional, e información de los programas financiados con fondos públicos para el tratamiento de discapacidad del desarrollo sin autorización específica y por escrito.
7. **Willamette Valley Community Health Coordinated Care Organization Members (WVCH CCO):** Información limitada puede ser compartida dentro de la red de proveedores WVCH CCO con el propósito de brindar atención integral de la persona. La información médica protegida puede ser revelada por los proveedores de atención de salud que participan en la red de WVCH CCO sin la autorización del miembro:
 - a. Con otros proveedores de salud que participan en el CCO para el propósito de tratamiento,
 - b. Con la CCO para las operaciones de atención médica y fines de pago, permitido por la ley ORS 192.558; y
 - c. Con las entidades de la salud pública según sea necesario para fines de supervisión de salud.
 - d. Las divulgaciones obligatorias bajo la ley estatal no anulan las protecciones federales, que se encuentran en la ley 42CFR Parte 2, para los registros de drogas y alcohol.