

Divulgación de información (ROI)

Phone: (970) 494-4200 • Fax: (970) 613-4475 (medical records) • 1250 N. Wilson Ave., Loveland, CO 80537

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento del cliente: _____

Autorizo el intercambio de la siguiente información entre SummitStone Health Partners (SHP) y los individuos o las instituciones siguientes:

Nombre del individuo o de la organización: _____ Relación con el cliente: _____

Dirección/Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Fax: _____

Propósito de la divulgación:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> El cliente solicitó una carta | <input type="checkbox"/> Comunicación de los resultados de la terapia y/o de la asistencia |
| <input type="checkbox"/> Coordinación de los cuidados médicos | <input type="checkbox"/> Continuación de los cuidados médicos (en curso) |
| <input type="checkbox"/> Obtener/mantener la vivienda | <input type="checkbox"/> Obtener/mantener el empleo/empleo asistido |
| <input type="checkbox"/> Otro (describa): _____ | |

Marque cualquiera de los elementos indicados a continuación para divulgar la siguiente información

(*Paquete de admisión inicial):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Fechas en las que se asistió al servicio* |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio/resultados del análisis de orina-alcoholemia |
| <input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso de la terapia | <input type="checkbox"/> Datos demográficos |
| <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento* | <input type="checkbox"/> Notas sobre vivienda/empleo (encierre una opción con un círculo) |
| <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica* | <input type="checkbox"/> Resumen del alta |
| <input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso psiquiátrico* | |
| <input type="checkbox"/> Admisión* | |
| <input type="checkbox"/> Otro (describa): _____ | |

- Comprendo que mis expedientes y/o aquellos de cualquier individuo anteriormente mencionado están protegidos conforme a las normativas de confidencialidad, tanto federales como estatales. Comprendo que, si he autorizado la divulgación de la información sobre el trastorno de abuso de sustancias, la confidencialidad de dicha información está protegida por las leyes federales (HIPAA y 42 CFR Parte 2). Dicha información no puede divulgarse ni volver a divulgarse sin mi consentimiento escrito a menos que las normativas lo permitan específicamente. Comprendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento salvo al grado de que SHP ya hubiera actuado en consecuencia. Comprendo y acepto que este formulario de divulgación puede enviarse a las agencias y personas mencionadas anteriormente. Con respecto a la información no relacionada con un trastorno de uso de sustancias, una divulgación que yo haya autorizado puede potencialmente volver a divulgarse por parte del destinatario; en ese caso, las leyes federales de privacidad pueden dejar de proteger dicha información.
- SHP no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la idoneidad para los beneficios en el hecho de que yo firme esta Autorización. Recibiré una copia de esta Autorización para mis registros.
- Este consentimiento caduca dos (2) años a partir de la fecha de su firma.

 Firma del cliente, padre/tutor (para un cliente de menos de 15 años de edad), Fecha de la firma

o representante autorizado, incluida la autoridad para actuar en nombre del cliente.

Autorización para revocar la divulgación

_____ Firma para revocar la Autorización	_____ Fecha de la firma
--	-----------------------------------