



**FORMULARIO DE DERIVACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA  
(PSIQUIATRÍA, MEDICINA DE ADICCIONES Y SERVICIOS CLÍNICOS)**

**INFORMACIÓN DE REFERENCIA:**

Miembro del personal remitiendo en nombre del médico primario:	Función del personal remitente:
Medico/ Práctica referente:	Fecha de referencia:
Información de contacto del médico remitente / práctica:	
Método preferido para comunicación de seguimiento: <input type="checkbox"/> Correo electrónico (Por favor escribe el correo electrónico preferido): <input type="checkbox"/> Fax (Por favor escribe número de fax): <input type="checkbox"/> Número de teléfono (Por favor escribe el número de teléfono preferido):	

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE:**

Nombre del cliente:	Fecha de nacimiento del cliente:
Número de Medicaid del cliente:	
Número de teléfono y correo electrónico del cliente:	
Escribe necesidades especiales que tenga este cliente o recomendaciones que ayudaran a SummitStone a involucrar a este cliente.	

**TIPO DE REFERENCIA (MARQUE TODOS QUE APLICAN):**

<input type="checkbox"/> Solo terapia <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Medicina de la adicción	Es referencia para: <input type="checkbox"/> <u>Solo</u> una consulta breve (hasta 3 sesiones) <input type="checkbox"/> Estabilización a corto plazo y retorno al médico primario <input type="checkbox"/> Transición y atención continua en SummitStone
--	---



**POR FAVOR INCLUYA EN SU REFERENCIA:**

<input type="checkbox"/> Preocupación(es) más reciente(s):	
<input type="checkbox"/> Medicamentos recetados, incluidos los medicamentos psiquiátricos (siéntase libre de adjuntar las listas de medicamentos más recientes):	
<input type="checkbox"/> Nota de progreso medico más reciente, tomando nota de cualquier atención psiquiátrica de emergencia (como se indica en el formulario de divulgación de información "ROI"):	
<input type="checkbox"/> Cualquier documentación integrada de salud conductual	
<input type="checkbox"/> Un ROI firmado para SummitStone, si esta disponible (consulte la página siguiente)	

**Envíe por correo electrónico el formulario completo y la documentación a : [Referrals@SummitStoneHealth.org](mailto:Referrals@SummitStoneHealth.org)**



**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (ROI)**

Telefono: (970) 494-4200 • Fax: (970) 493-9889 (MEDICAL RECORDS) • 4102 S. Timberline Rd., Fort Collins, CO 80525

[www.summitstonehealth.org](http://www.summitstonehealth.org)

<b>Nombre del cliente:</b>	<b>Fecha de nacimiento del cliente:</b>	<b>ID del Cliente:</b>
----------------------------	---	------------------------

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

<b>Nombre del individuo:</b>	<b>Nombre de la organización:</b>
<b>Dirección/Correo Electrónico del Recipiente:</b>	
<b>Teléfono/Fax del Recipiente:</b>	<b>Relación del Cliente al Recipiente:</b>

**Propósito de la divulgación (marque todos que aplican):**

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

**Autorizo la distribución de los siguientes artículos (marque todos que aplican):**

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

\*Estas notas pueden contener información confidencial de salud y puede ser necesario realizar una reunión con un terapeuta antes de divulgarlas.

\*\* Los resultados del análisis de orina-alcoholemia se entregan a una agencia o persona por el cliente, significa que si tiene resultados anteriores del análisis de orina-alcoholemia serán visibles. Si NO QUIERE que los análisis sean divulgados, por favor diga nos.

- 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), o representante autorizado, incluida la autoridad para actuar en nombre del cliente.	_____ Fecha de la firma
_____ Firma del cliente, padre/tutor (para un cliente de menos de 15 años de edad), o representante autorizado, incluida la autoridad para actuar en nombre del cliente.	_____ Fecha de la firma

**AUTORIZACIÓN PARA REVOCAR LA DIVULGACIÓN**

Al firmar a continuación, esta **revocando** el permiso para divulgar cualquier información previamente permitida

\_\_\_\_\_  
 Firma del cliente, padre/tutor (para un cliente de menos de 15 años de edad),  
 o representante autorizado, incluida la autoridad para actuar en nombre del cliente

\_\_\_\_\_  
 Fecha de la firma