



DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (ROI)

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

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

Autorizo a SummitStone a publicar/recibir mi información de la siguiente manera:

Nombre del recipiente: _____ Nombre de la organización recipiente: _____

Teléfono/Fax del recipiente: _____ Relación del cliente al recipiente: _____

Dirección/Correo electrónico del recipiente: _____

Propósito de la divulgación (marque todos que aplican):

- | | |
|--|---|
| ☐ El cliente solicitó una carta | ☐ Coordinación de la atención |
| ☐ Comunicación de los resultados de la terapia y/o de la asistencia | ☐ Procedimiento judicial o legislativo (si se marca, NO se puede marcar ningún otro propósito) |
| ☐ Continuación de la atención (en curso) | ☐ Obtener/mantener vivienda y/o empleo |
| ☐ Otro (describa): _____ | |

Autorizo la distribución de la siguiente información (marque todos que aplican):

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Fechas de asistencia/programación | ☐ Notas de vivienda/empleo | ☐ Evaluación psiquiátrica |
| ☐ Datos demográficos | ☐ Admisión | ☐ Notas sobre el progreso psiquiátrico |
| ☐ Diagnóstico | ☐ Informes de laboratorio/resultados del análisis de orina-alcoholemia* | ☐ Notas sobre el progreso de la terapia |
| ☐ Resumen del alta | ☐ Medicamentos | ☐ Planes de tratamiento |
| ☐ Informe mensual de progreso (puede incluir diagnóstico, medicamentos, resultados de UABA, fechas de asistencia y resumen de notas) | | |
| ☐ Otro (describa): _____ | | |

*Si autorizo que los resultados de UABA se compartan con una agencia o persona, también podrán incluirse los resultados anteriores que estén en el sistema de SummitStone. Si NO quiero que se divulguen resultados anteriores, se lo informare a un miembro de mi equipo de atención.

- Entiendo que mis registros, o los de la persona anteriormente mencionado, están protegidos por las leyes federales y estatales de privacidad. Si autorizo la divulgación de información sobre trastornos por uso de sustancias, la confidencialidad de dicha información está protegida por las leyes federales (HIPAA y 42 CFR Parte 2). Esto significa que no se puede volver a divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que las normas lo permitan. Comprendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento excepto si SummitStone ya actuado en base a él. Acepto que este formulario de autorización puede enviarse a las agencias y personas mencionadas anteriormente. Con respecto a la información no relacionada con un trastorno de uso de sustancias, si autorizo su divulgación, la persona que la reciba podrá volver a divulgarla y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad. En cuanto la información sobre trastornos por uso de sustancias, si autorizo su divulgación, la persona que la reciba podrá volver a divulgarla, pero las leyes federales seguirán aplicándose.
- SummitStone no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios a la firma de esta Autorización. Recibiré una copia de esta Autorización para mis registros.
- Este consentimiento para divulgar información se vencerá 2 años a partir de la fecha de mi firma o cuando yo lo retire o revoque por escrito.

Al firmar a continuación, acepto la divulgación de mi información según marcado anteriormente

Firma del cliente, padre/tutor (para un cliente de menos de 15 años, si aplica),
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, si aplica),
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, estoy **revocando** el permiso para que SummitStone divulgue cualquier información previamente permitida

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

Fecha de la firma