metrocare.

OFFICE USE ONLY:

☐ Photo ID ☐ Signature Verified ☐ Other: _____

Staff Name:_____

Staff Signature:_____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Divulgación: Metrocare no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios en función de la finalización de este formulario

Esta autorización está destinada a permitir que METROCARE SERVICES divulgue información, tanto escrita como verbal, para el propósito específico y la duración de la divulgación y en el mejor interés del paciente. Esta divulgación de información demuestra el cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), Normas para la privacidad de la información de salud identificable individualmente (Normas de privacidad), 45 CFR 160 y 164, y todas las regulaciones federales y pautas interpretativas promulgadas en virtud de ellas. Cualquier información protegida por las Regulaciones Federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes de abuso de alcohol y drogas (42 CFR, Parte 2) tiene prohibida la divulgación adicional por parte del destinatario sin autorización específica para dicha nueva divulgación. Me reservo el derecho de eliminar esta autorización en cualquier momento proporcionando un aviso de eliminación por escrito a Metrocare para la persona/instalación mencionada. La eliminación entrará en vigencia a partir de la fecha en que se reciba, excepto en la medida en que Metrocare ya se haya basado en mi autorización para usar o divulgar mi información de salud como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad.

SECCIÓN I - DATOS DEL CLIENTE

1. NOMBRE: *(Nombre, Segundo, Apellido)*	***2. FECHA DE NACIMIENTO:****(MM/DD/AA)*	***3. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:***
4. CORREO ELECTRÓNICO:	***5. NÚMERO DE TELÉFONO:***	***6. MRN:*** ***(NUMERO DE REGISTO MEDICO)***

SECCIÓN II - DIVULGACIÓN

7. Por la presente, autorizo a Metrocare a divulgar/usar/recibir la información de salud protegida especificada a continuación del registro médico del mencionado anteriormente individual. ***El personal designado puede divulgar a:*** ☐ **O:** ☐ ***recibir de la siguiente organización o persona:***

a. NOMBRE DE LA INSTALACIÓN O PERSONA:	**b. DIRECCIÓN (Calle, Ciudad, Estado y Código Postal) o Correo Electrónico:**
c. TELÉFONO: (Incluir Código de Área)	**d. FAX: (Incluir código de área)**
8. TIPO DE INFORMACIÓN: ☐ Registros de salud mental ☐ Registros de Atención Primaria ☐ Registros de Cohen	***9. PERÍODO DE TRATAMIENTO:*** ***(MM/DD/AA)*** **DE:** **A:** **O** ☐ ***TODOS LOS REGISTROS***

10. PROPOSITO DE LA DIVULGACION:

☐ Uso personal ☐ Tratamiento/Cuidado ☐ Abogado/Legal ☐ Uso educativo
☐ Discutir con la familia ☐ Continuo Discapacidad ☐ Alojamiento ☐ Otra (especificar) _____

11.INFORMACION A SER DIVULGADA:

☐ Evaluatión psiquiátrica ☐ Resultados de VIH/SIDA ☐ Notas del proveedor ☐ Resultados de enfermedades de transmisión sexual (ETS)
☐ Evaluacion psicologica ☐ Lista de medicamentos ☐ Laboratorios ☐ Otra (especificar)_____
☐ Notas de progreso ☐ Carta de diagnóstico ☐ Planes de tratamiento

12. ☐ Autorizo la divulgación de la información seleccionada, incluidos todos los registros que incluyen cualquier trastorno por uso de sustancias y/o registros de tratamiento de trastornos por uso de sustancias, o

☐ Autorizo la divulgación de la Información seleccionada, excluyendo todos los registros que incluyen cualquier trastorno por uso de sustancias y/o registros de tratamiento de trastornos por uso de sustancias.

SECCIÓN III- PERÍODO DE TIEMPO EFECTIVO

13. Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de su firma, o el _____. Si no se especifica una fecha, esta autorización vencerá un (1) año después de la fecha de la firma.

SECCIÓN IV - FIRMAS

14. INDIVIDUO SERVIDO: (Imprimir)	**15. FIRMA:** ***FECHA: (MM/DD/AA)***
16. REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO **RELACIÓN:**	**17. FIRMA** ***FECHA: (MM/DD/AA)***