



OFFICE USE ONLY: MRN _____

Photo ID Signature Verified Other _____

Staff Name: _____

Staff Signature: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Divulgación: Esta autorización permite a METROCARE divulgar información, tanto escrita como verbal, para el propósito específico y la duración de la divulgación, en el mejor interés del paciente. Esta divulgación de información demuestra el cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), las Normas de Privacidad de la Información de Salud Individualmente Identificable (Normas de Privacidad), 45 CFR 160 y 164, y todas las regulaciones federales y directrices interpretativas promulgadas al amparo de las mismas. Se prohíbe la divulgación posterior de cualquier información protegida por las Regulaciones Federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas (42 CFR, Parte 2) sin autorización específica para dicha nueva divulgación. Me reservo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a Metrocare para la persona o centro mencionado. La revocación entrará en vigor a partir de la fecha de recepción, excepto en la medida en que Metrocare ya haya utilizado mi autorización para usar o divulgar mi información de salud, según lo descrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Metrocare tiene prohibido divulgar notas de psicoterapia sin autorización específica para su divulgación. Entiendo que la información divulgada en respuesta a esta autorización podría ser divulgada a terceros.

No se requiere autorización para divulgaciones relacionadas con tratamiento, pago, operaciones de atención médica, el desempeño de ciertas funciones del seguro o cualquier otra autorización legal. Las entidades cubiertas pueden usar este formulario o cualquier otro que cumpla con la HIPAA, la Ley de Privacidad Médica de Texas y otras leyes aplicables. No se puede negar el tratamiento a las personas por no firmar este formulario de autorización, y la negativa a firmarlo no afectará el pago, la inscripción ni la elegibilidad para los beneficios.

SECCIÓN I - DATOS DEL CLIENTE**1. NOMBRE: (Nombre, Segundo, Apellido)****2. FECHA DE NACIMIENTO: (MM/DD/AA)****3. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:****4. NÚMERO DE TELÉFONO: (999) 999-9999****SECCIÓN II - DIVULGACIÓN**

5. 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 o Correo Electrónico:****c. NÚMERO DE TELÉFONO: (999) 999-9999****d. FAX: (999) 999-9999****6. TIPO DE INFORMACIÓN:**

Registros de salud mental Registros de Atención Primaria
Registros de Discapacidad intelectual y desarrollo Registros de Cohen

7. PERIODO DE TRATAMIENTO: (MM/DD/AA)**DE:** **A:****8. PROPOSITO DE LA DIVULGACION:**

Uso personal Tratamiento/Cuidado Continuo Adogado/Legal Uso educativo
Hablar con la familia Discapacidad Alojamiento Otra (especificar) _____

9. INFORMACIÓN A SER DIVULGADA: TODOS LOS REGISTROS (excluyendo notas de psicoterapia)

Evaluación psiquiátrica Lista de medicamentos Laboratorios Resultados de VIH/SIDA
Evaluación psicologica Carta de diagnóstico Planes de tratamiento Resultados de Infección de Transmisión Sexual (ITS)
Notas del proveedor Notas de progreso Otro (especificar): _____

10. 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 - PERIODO DE TIEMPO EFECTIVO

11. Esta autorización es válida hasta _____. Si no se especifica ninguna fecha, esta autorización expirará un (1) año a partir de la fecha en que se firme la autorización.

SECCIÓN IV - FIRMAS**12. INDIVIDUO SERVIDO: (Imprimir)****13. FIRMA:****FECHA: (MM/DD/AA)****14. REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO RELACIÓN:****15. FIRMA:****FECHA: (MM/DD/AA)**