



Divulgación de información de salud protegida

Apellido del paciente: _____ primero _____ Medio _____
DOB _____

Yo (paciente o tutor si es menor) _____, autorizo a Visions a: enviar recibir los siguientes registros hacia / desde la siguiente persona / organización: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado: _____

Cremallera: _____

Teléfono _____ Fax _____

Fechas de lanzamiento del servicio: (Indique el intervalo de fechas específico. Si no se especifica, se divulgarán un año de registros y caducarán un año después de la fecha de esta divulgación firmada). _____ a _____

SE REQUIERE UNA AUTORIZACIÓN SEPARADA, SEGÚN LO DEFINIDO POR HIPAA, PARA NOTAS DE PSICOTERAPIA.

- Salud Física / Evaluación Médica Resultados de laboratorio Evaluación psiquiátrica y medicamentos Evaluación psicológica
 Valoración clínica Plan de tratamiento Orden judicial / documentos de libertad condicional Historia social
 TODOS los registros de uso de sustancias (SUD) Solo se deben enumerar estos registros de uso de sustancias (SUD) (elementos específicos para divulgación)

- Evaluación psicoeducativa Calificaciones / Boletas de calificaciones Informes de comportamiento Plan IEP / 504
 Registros de asistencia Otra especificar _____

La información anterior se utilizará para los siguientes propósitos:

- Planificación del tratamiento o programa apropiado Tratamiento o programa apropiado continuo
 Determinación de elegibilidad para beneficios o programa Coordinación de atención y revisión de casos

Entiendo que esta información puede estar protegida por el Título 42 (Código de Reglas Federales de Privacidad de la Información de Salud de Identificación Individual, Partes 160 y 164) y Título 45 (Reglas federales de confidencialidad de registros de pacientes de abuso de alcohol y drogas, Capítulo 1, Parte 2), más aplicable

leyes estatales Además, entiendo que la información divulgada al destinatario puede no estar protegida bajo estas pautas si no son un proveedor de atención médica cubierto por normas estatales o federales.

Entiendo que esta autorización es voluntaria, y puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito, y después de 1 año este consentimiento caduca automáticamente. Me han informado qué información se dará, su propósito y quién recibirá la información. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. Entiendo que existe la posibilidad de que cualquier información divulgada de conformidad con esta autorización esté sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y, por lo tanto, ya no esté protegida por las disposiciones de la Regla de Privacidad de HIPAA, los registros de trastornos por uso de sustancias están protegidos por las regulaciones federales que gobiernan los registros de pacientes de trastorno de uso de sustancias y confidencialidad, Título 42 CFR Capítulo 1, Parte 2, y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA) 45 CFR Partes 160 y 164, y no puede divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que las reglamentaciones dispongan lo contrario. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

Visions, sus empleados, contratistas, residentes y consejeros estudiantiles, quedan exentos de toda responsabilidad legal por divulgar información como he autorizado al completar y firmar este formulario, o por el uso de información por parte de la persona u organización que lo recibe.

Si usted es el tutor legal o representante designado por el tribunal para el cliente, adjunte una copia de la orden judicial que lo autoriza a recibir esta información médica protegida.

Firma del paciente: _____ Fecha _____



Nombre del padre / tutor legal / representante legal _____

Firma del padre / tutor legal / representante legal: _____ Fecha _____

Nombre del padre / tutor legal / representante legal _____

F
i
r
m
a

d
e
l

p
a
d
r
e

/

t
u
t
o
r

l
e
g
a
l

/

r
e
p
r
e
s
e
n
t
a
n
t
e

l
e
g
a
l

530 Southlake Boulevard, Suite A. North Chesterfield, VA 23236

Teléfono 804-901-5628 Fax 804-302-7967

www.visionsrva.com

-
-
-
-
-