

Davis Behavioral Health

2250 West 1700 North, Layton UT 84041
(801) 773-7060

AUTORIZACIÓN DE USAR Y REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ SSN: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Antiguo Nombre: _____ Número de teléfono: _____

SECCIÓN A: USO O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Al firmar esta Autorización, estoy autorizando el uso o la revelación de mi información de salud que me identifica individualmente mantenida por:

Davis Behavioral Health

Mi información de salud puede ser revelada bajo esta Autorización a:

El Recipiente [Persona (s)/Organización que recibe la información]:

Nombre de Persona u Organización

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal

Número de Teléfono

La información de salud incluye la información de mí o creado por Davis Behavioral Health, o información recibida por Davis Behavioral Health de otro abastecedor de asistencia médica, un plan de salud, mi patrón, o un banco de liquidación de asistencia médica. La información de salud puede estar relacionada con mi salud o condición mental o física del pasado, presente o futuro, la provisión de mi asistencia médica, o pagopor mis servicios de asistencia médica. Cualquierproveedor que opera un programa asistido federalmente para el tratamiento de alcohol o consumo de drogas está prohibido de revelar la información sobre el tratamiento por alcohol o consumo de drogas sin mi autorización escrita específica a menos que una revelación esté por otra parte autorizada por regulaciones federales que gobiernan la Confidencialidad de Archivos de Paciente de Consumo de Drogas y Alcohol (42 CFR, la Parte 2).

SECCIÓN B: INFORMACIÓN ESPECÍFICA A SER REVELADO

- Evaluación/Evaluación Psiquiátrica
- Planes de Tratamiento
- Notas de Progreso
- Historia de Medicación
- Otro: _____

- Plan de Alta
- Archivos de Alcohol y Drogas
- Comunicaciones Verbales

SECCIÓN C: OBJETIVO DEL USO O REVELACIÓN

El objetivo (s) de esta Autorización es (son)

- Coordinación de atención de salud
- Expresamente, el objetivo (s) siguiente:

- Esta petición de que la información sea usada o revelada ha sido iniciada por el Cliente y el Cliente ha decidido que no quiere revelar su objetivo.

Nota: Esta opción no es permitida si la información para ser usada o revelada pertenece a la identidad,, diagnóstico, pronóstico o tratamiento de alcohol or consume de drogas.

SECCIÓN D: EXPIRACIÓN

Esta Autorización expira en 90 días, a menos que otra fecha o acontecimiento esté notado aquí:

(Inserte el acontecimiento aplicable o la fecha) Nota: Si un acontecimiento de expiración es usado, el acontecimiento debe estar relacionado con el Consumidor o el objetivo del uso o revelación.

SECCIÓN E: OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE

1. Entiendo que Davis Behavioral Health no puede garantizar que el Recipiente no revelará de nuevo mi información de salud a un tercero. Puede ser que el Recipiente no esté sujeto a leyes federales que gobiernan la confidencialidad de la información de salud. Sin embargo, si la revelación consiste en la información de tratamiento de un consumidor en un programa asistido federalmente para el tratamiento de alcohol y el consumo de drogas, el Recipiente está prohibido conforme a la ley federal de hacer alguna otra revelación de tal información a menos que la revelación adicional sea expresamente permitida por el consentimiento escrito del consumidor permitido conforme a la ley federal de Confidencialidad de Archivos de Paciente de Consumo de Drogas y Alcohol (42 CFR, la Parte 2).
2. Entiendo que puedo rechazar firmar esta Autorización y que mi rechazo no afectará mi capacidad de obtener el tratamiento (o pago, si aplicable) de Davis Behavioral Health, excepto cuando estoy recibiendo (i) tratamiento relacionado con investigación científica (o ii) asistencia médica con el propósito único de ser enñada a un tercero. Si una de estas excepciones es válida, mi respuesta negativa de firmar la autorización resultará en no obtener tratamiento (o pago, si aplicable) de Davis Behavioral Health.
3. Entiendo que puedo revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento, salvo que la revocación no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada por Davis Behavioral Health antes de que el aviso escrito de la revocación sea recibido por Davis Behavioral Health. También entiendo que debo proporcionar cualquier aviso de la revocación por escrito al Privacy Office de Davis Behavioral Health. La dirección es PO Box 460, Bountiful, UT 84010.
4. **Este párrafo se aplica solamente a ciertas Autorizaciones de revelar información de salud para objetivos de mercadotecnia:** Entiendo que Davis Behavioral Health puede, directamente o indirectamente, recibir la remuneración de una tercera parte en relación a las actividades de mercadotecnia de Davis Behavioral Health.
5. Davis Behavioral Health guardará los archivos y no revelará de nuevo cualquier archivo médico en violación de ley.
6. Si soy un paciente de tratamiento de alcohol o drogas, entiendo que Davis Behavioral Health debe obtener una autorización específica para cada revelación de mis archivos excepto:
 - a. Para programas dentro de Davis Behavioral Health
 - b. para emergencias médicas;
 - c. en respuesta a la revelación pedida por tribunal después de que he tenido una oportunidad de responder al tribunal;
 - d. cuando he cometido o amenaza con cometer un delito;
 - e. cuando la revelación es para auditorías gubernamentales u objetivos de investigación; o
 - f. cuando el reportaje es requerido conforme a la ley estatal de abuso de menores.

Davis Behavioral Health Aviso de Nueva Revelación en casos de Abuso de Sustancias PROHIBICIÓN CONTRA NUEVA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

- Este aviso acompaña una revelación de información acerca de un consumidor en un programa para el tratamiento de alcohol o consumo de drogas. Esta información le ha sido revelada a usted con el consentimiento de tal consumidor.
- Esta información le ha sido revelada de archivos protegidos por reglas de confidencialidad federales que gobiernan programas federalmente asistidos de abuso de alcohol o drogas (42 C.F.R., la Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer otra revelación de esta información a menos que la revelación adicional sea expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien esto pertenece o como por otra parte permitido por 42 C.F.R., Parte 2. Una autorización general para la revelación de la información médica u otra no es suficiente para este objetivo.
- Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar de manera criminal o procesar cualquier consumidor de alcohol o drogas.

He leído y entiendo los términos de esta Autorización. He tenido una oportunidad de hacer preguntas sobre el uso o la revelación de mi información de salud.

La firma del cliente

Fecha de firma

Imprima el nombre del cliente

Firma de Testigo o empleado/

Fecha de firma

Relación con el cliente

*** Cuando el cliente no es competente de dar consentimiento, la firma de un padre, guardian, u otro representante legal autorizado es requerida.**

Firma del representante legal

Fecha de firma

Imprima el nombre del representante legal

Relación con el cliente