

# 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 revelación de mi información de salud que me identifica individualmente mantenida por un Proveedor o Agencia como indico a continuación:

Imprima: Agencia/Proveedor                      Dirección,      Ciudad,      Estado,      Código Postal                      Teléfono

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

Nombre del empleado de Davis Behavioral Health que recibe la información \_\_\_\_\_

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal                      Número de Teléfono

Marque la dirección para mandar la información

\_\_\_\_\_ Davis Behavioral Health, Oficina de Layton, 2250 North 1700 West, Layton, UT 84041

\_\_\_\_\_ Davis Behavioral Health, Oficina de Bountiful, 470 Medical Drive, Bountiful, UT 84010

\_\_\_\_\_ Davis Behavioral Health, Oficina de Farmington, P.O. Box 689, Farmington, UT 84025

\_\_\_\_\_ Davis Behavioral Health, Oficina de Niños y Jóvenes, 934 So Main St Layton, UT 84041

La información de salud incluye la información coleccionada de mí o creada 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 pago por mis servicios de asistencia médica. Cualquier operador de 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 sea una revelación 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 PARA SER USADO U REVELADO

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación/Evaluación Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Plan de Alta                 |
| <input type="checkbox"/> Planes de Tratamiento              | <input type="checkbox"/> Archivos de Alcohol y Drogas |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso                  | <input type="checkbox"/> Comunicaciones Verbales      |
| <input type="checkbox"/> Historia de Medicación             |   |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                        |   |

### 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 puede ser escogida si la información para ser usada o revelada pertenece a la identidad,, diagnóstico, pronóstico o tratamiento de alcohol or consumo 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 el proveedor no puede garantizar que el recipiente no revelará de nuevo mi información de salud a un tercero. Cualquier revelación de Nuevo por Davis Behavioral Health será sujeta a leyes federales que gobiernan la confidencialidad de la información de salud. Sin embargo, si la revelación consiste en la información de tratamiento en cuanto a un consumidor en un programa asistido federalmente para el tratamiento de alcohol y el consumo de drogas, Davis Behavioral Health está prohibida 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 o como permitido conforme a la ley federal gobernando 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 de firmar no afectará mi capacidad de obtener el tratamiento (o pago, si aplicable) de Davis Behavioral Health, excepto cuando estoy recibiendo (i) tratamiento relacionado con la investigación científica (o ii) asistencia médica únicamente para la creación de información para la revelación a un tercero. Si una de estas excepciones es válida mi rechazo 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 el proveedor antes de que el aviso escrito de la revocación sea recibido por el mismo. 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 la 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 de Abuso de Sustancia de Salud  
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 medicina federalmente asistida o programas de abuso de alcohol (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.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
Imprima el nombre del cliente

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo o empleado/

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
Relación con el cliente

**\* Cuando el cliente no es competente de dar consentimiento, la firma de un padre, guardián,  
u otro representante legal autorizado está requerido.**

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
Imprima el nombre del representante legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el cliente