

**AVITA COMMUNITY PARTNERS DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Sección A: Uso o Divulgación de Información Médica

Al firmar esta Autorización en la "Sección E", autorizo el uso o la divulgación de mi información personal medica y mantenida por Avita Community Partners. Autorizo divulgar mi información médica en acuerdo con esta Autorización al siguiente destinatario:

Nombre en letras de molde (persona o organización): _____

Dirección 1: _____

Dirección 2: _____

Nº Apartamento/Suite: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condado: _____ País: _____

Sección B: Alcance y Uso de Divulgación

La información médica que se puede usar o revelar de acuerdo con esta Autorización, sin limitación alguna, incluye:

- Toda información relacionada con la identidad, diagnóstico, pronóstico o tratamiento por una adicción al alcohol o las drogas, subsidiado y mantenido por un programa de rehabilitación de alcoholismo o abuso de drogas por el gobierno federal; o
- Toda información relacionada con pruebas del VIH o tratamiento adquirido por del Síndrome de Inmunodeficiencia y cualquier condición relacionada.
- Toda comunicación confidencial entre mi psiquiatra, psicólogo, trabajador/a social clínico licenciada/o, consejero licenciada/o en terapia de familiar y matrimonial, o terapeuta licenciada/o profesional, con respecto a cualquier comunicación con algunos de estos participantes.

Toda mi información médica mencionado arriba, incluyendo mis expedientes clínicos creados/recibidos por la persona y organización mencionada en la clause previa.

Toda mi información médica, descrita en la proxima casilla, excluyendo los siguiente (especifique a continuación):

La información médica específica incluye solamente (especifique a continuación):

Sección C: Propósito de Uso o la Divulgación – El propósito o propósitos de esta Autorización son:

El cliente inicio una solicitud para que se use o divulgue su información, y el cliente no desea revelar su propósito. **Nota: NO SE PUEDE MARCAR ESTA CASILLA** si la información que se usará o divulgará es relacionado con la identidad, diagnóstico, pronóstico o el tratamiento de alguna adicción al alcohol o a las drogas.

Especifique, el siguiente propósito o propósitos: _____

Sección D: Expiración De Autorización: Fecha de vencimiento: _____ O

Evento que cause la expiración: _____

Nota: la fecha de expiracion no puede excederse los doce (12) meses a partir de la fecha firmada. Si se indica el evento de expiración, debe ser relacionado con el cliente o propósito de uso o divulgación.

Sección E: Otra Información de Importancia y las Firma/s de Autorización

Yo, e leído y e comprendido la **Otra Información de Importancia** (especificada en la página numero 2), en relación con la Autorización, y e obtenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso o la divulgación de mi información médica.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Nombre del cliente en letras de molde: _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____

Número de seguro social: _____

Firma de los padres/tutor o representante legal (si es aplicable): _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____ Relación del cliente: _____

TESTIGO – Al firmar a continuación como testigo, certifico que conozco a la persona o personas que firman este formulario, o se ha establecido de mi total satisfacción la identidad de la persona o personas que firman.

Firma del testigo: _____ Cargo/Relación: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde del testigo: _____ Número de teléfono del testigo: (____) _____

Dirección del testigo (marque la casilla si es la misma dirección que es indicada en la "Sección A"):

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

REVOCACIÓN

Hago presente la revocación de esta Autorización. Comprendo que esta revocación sera eficaz en la fecha que es firmada. Además, entiendo que esta revocación no tendrá ninguna acción tomada por Avita, en acuerdo con la autorización antes de la fecha recibida.

Firma del cliente: _____ Fecha _____

Firma de los padres/tutor o representante legal (si es aplicable): _____ Fecha: _____

Nombre en letras de molde del padre/tutor: _____ Relación del cliente: _____

Revocación solicitada por correo (fecha recibida): _____ Firma de personal: _____ Cargo: _____

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Otra información de Importancia:

1. Entiendo que Avita Community Partners (Avita) no puede garantizar que el destinatario de esta información no la divulgara a terceras personas. El destinatario puede ser que no este sujeta a las leyes federales que requieren la confidencialidad de información médica. Sin embargo, si la divulgación consiste en información sobre el tratamiento de un consumidor en un programa de rehabilitación por la adicción al alcohol o drogas, subsidiado por el gobierno federal. Las leyes federales prohíben que el receptor divulgue dicha información. Al menos que el consumidor expresado su consentimiento por escrito, o por otros medios autorizado por las leyes federales que gobiernan la confidencialidad de los expedientes del paciente con tratamiento por adicción al alcohol o a las drogas (Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Parte 2).
2. Entiendo que, excepto cuando: (1) recibo un tratamiento relacionado con alguna investigación, o (2) recibo atención médica exclusivamente con los fines de crear información para la divulgación de terceras personas, puedo rehusarme a firmar esta Autorización, y dicha denegación a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento en Avita.
3. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto que la revocación no tendrá efecto alguno de cualquier acción que esta agencia en relevancia con la Autorización antes de recibir por escrito una notificación de revocación. Además entiendo que debo enviar una notificación de revocación por escrito al Funcionario encargado de la Confidencialidad de Avita.
4. La autorización debe ser firmada por un testigo en la presencia de un empleado de Avita, o notariado cuando el testigo no es un empleado de Avita.

Orientación: Preguntas al respecto de los procedimientos y pólizas de Avita para el “Uso y Divulgación de Expedientes del Servicio al Cliente” se pueden dirigir al Funcionario encargado de la Confidencialidad de Avita, al 678-513-5700 o al 1-800-525- 8751.