

AVITA COMMUNITY PARTNERS

AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN PARA UTILIZAR Y

DIVULGAR INFORMACIÓN SANITARIA Y COMUNICACIONES PRIVILEGIADAS

Sección A: Uso o divulgación de información de salud

Al firmar esta autorización a continuación en la "Sección E", autorizo el uso o divulgación de mi información de salud identificable individualmente mantenida por los Socios de la Comunidad de Avita y Agentes de TI. Mi información de salud puede ser divulgada bajo esta autorización al siguiente destinatario:

Nombre impreso (persona y/u organización): _____

☐ Marque la casilla para tus proveedores de tratamiento, planes de salud, pagadores externos y personas que ayudan a gestionar este programa.

Calle: _____

Apartamento/Suite # _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Condado: _____ País: _____ Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Section B: Scope and Use of Disclosure

Información que solicito que se haga pública:

☐ Toda mi información sanitaria, incluidos mis historiales clínicos, fue creada y/o recibida por la persona u organización mencionada.

La información sanitaria que puede ser utilizada o divulgada a través de esta Autorización incluye, pero no se limita a:

- Información sobre el trastorno por uso de sustancias relativa a la identidad del paciente, la prescripción y el seguimiento de medicamentos, los tiempos de inicio y parada de la sesión de asesoramiento, las modalidades y frecuencias del tratamiento proporcionado, los resultados de las pruebas clínicas y cualquier resumen de los siguientes ítems; diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, etc. pronóstico y progreso hasta la fecha para un SUD mantenido por un programa de abuso de alcohol o drogas asistido por el gobierno federal o programa SUD asistido por el gobierno federal; o;
- Información sobre pruebas y/o tratamientos del Virus Inmune Humano para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y cualquier condición relacionada;
- Esta autorización incluye comunicaciones privilegiadas entre mí y un psiquiatra, psicólogo, trabajador social clínico con licencia, consejero matrimonial y familiar con licencia, o consejero profesional con licencia, o entre ellos con respecto a mis comunicaciones con cualquiera de ellos e incluyendo notas de consejería SUD que son notas grabadas (en cualquier medio) por un proveedor del programa de la Parte 2 que es un SUD o profesional de salud mental que documenta o analiza el contenido de la conversación durante una consejería privada SUD sesión de asesoramiento o una sesión grupal, conjunta o familiar de SUD, y que estén separadas del resto del SUD y del historial médico del paciente.

☐ Toda la información sanitaria sobre mí tal como se describe en la casilla anterior, excluyendo lo siguiente (especifica a continuación): _____

☐ Información sanitaria específica que incluye solo (especificar a continuación): _____

Sección C: Propósito del uso o divulgación - El propósito de esta Autorización es (son):

☐ El cliente ha iniciado la solicitud de información para ser utilizada o divulgada y el cliente no elige revelar su propósito. Nota: ESTA CASILLA PUEDE NO SER MARCADA si la información que se va a usar o divulgar pertenece a la identidad, diagnóstico, pronóstico o tratamiento del abuso de alcohol o drogas.

☐ Específicamente, el(s) siguiente(s) propósito(s): _____

Sección D: Caducidad de autorización: Fecha de Caducidad: _____

Evento de caducidad: _____

Nota: La fecha de caducidad no puede exceder los doce (12) meses desde la fecha de firma. Si se utiliza un evento de caducidad, este debe estar relacionado con el cliente o con el propósito del uso o divulgación.

Sección E: Firma(s) de autorización y otra información importante

He leído y entendido la **Otra información de importancia** (especificado en la página 2) asociado a esta Autorización, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso o divulgación de mi información sanitaria

Firma del cliente: _____ Fecha _____

Nombre impreso del cliente: _____ Fecha de Nacimiento (mm/dd/yy): _____ SSN: _____

Firma del padre/tutor legal o representante (si procede): _____ Fecha _____

Nombre impreso: _____ Relación con el cliente: _____

TESTIGO - Al firmar a continuación como testigo, certifico que conozco a la persona o personas que firman este formulario o estoy convencido de la identidad de dicha persona o personas que lo firman.

Firma de testigo _____ Título/relación _____ Fecha _____

Nombre impreso del testigo: _____ Número de teléfono del testigo: () _____

Dirección del testigo (☐ Comprueba si la dirección es la misma que la introducida en la "Sección A" arriba.):

Dirección de la calle: _____ Ciudad _____ Estado: _____ código postal: _____

Sección F: REVOCACIÓN

Revoco esta autorización. Entiendo que esta revocación se hace efectiva en la fecha firmada a continuación. Además, entiendo que esta revocación no tendrá ningún efecto sobre ninguna acción tomada por Avita en virtud de esta autorización antes de la fecha en que se reciba la revocación

Firma del cliente: _____ Fecha _____

Firma del padre/tutor legal o representante (si procede): _____ Fecha _____

Nombre impreso del padre/tutor: _____ Relación con el cliente: _____

☐ Solicitud de revocación por correo (fecha de recepción): _____ Firma del personal: _____ Título: _____

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y RELEVAR INFORMACIÓN DE SALUD

Sección G: Otra información importante:

1. Entiendo que los Socios Comunitarios de Avita (Avita) no pueden garantizar que el destinatario de esta información no volverá a revelar esta información a un tercero. El destinatario puede no estar sujeto a las leyes federales que rigen la privacidad de la información de salud. Sin embargo, si la divulgación consiste en información de tratamiento sobre un consumidor en un programa de abuso de alcohol o drogas asistido por el gobierno federal, el destinatario tiene prohibido hacer cualquier divulgación adicional de dicha información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por consentimiento escrito del consumidor o según lo permita la ley federal que rige la confidencialidad de los registros de pacientes de abuso de alcohol y drogas (42 CFR, Parte 2).
2. Entiendo que si el destinatario es un intermediario y/o una entidad cubierta o asociado comercial para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, mi registro (o la información contenida en el registro) puede ser divulgada de acuerdo con los permisos contenidos en las regulaciones de HIPAA, excepto para usos y divulgaciones para procedimientos civiles, penales, administrativos y legislativos en mi contra.
3. Comprendo que, excepto cuando estoy (1) recibiendo tratamiento relacionado con la investigación o (2) recibiendo atención médica únicamente para crear información para divulgar a un tercero, puedo negarme a firmar esta divulgación de información y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento de Avita.
4. Entiendo que puedo revocar esta divulgación de información verbalmente o por escrito en cualquier momento, excepto que la revocación no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada por esta agencia en dependencia de esta divulgación de información antes de que esta agencia reciba una notificación verbal o escrita de revocación.
5. La divulgación de la información se completará en presencia y firmada por un miembro del personal de Avita como testigo, o se proporcionará una copia de la identificación emitida por el gobierno (es decir, licencia de conducir) cuando no se complete en presencia de un miembro del personal de Avita.
6. Entiendo que si este consentimiento para la divulgación de información es para tratamiento, pago u operaciones de atención médica por o para Avita u otro proveedor, que los registros tienen el potencial de redivulgación por parte del receptor y ya no estarían protegidos por 42 CFR, Parte 2.

Orientación: Las preguntas sobre las políticas y procedimientos de Avita para la “Autorización de acceso, uso y divulgación de registros de servicio al cliente” pueden dirigirse al Oficial de Privacidad de Avita al 678-513-5700 o al 1-800-525-8751.