



## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CONSUMIDOR

Información del consumidor			
Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad/Estado/Código Postal	Número UCI

### Persona/Organización que proporciona la información

- Departamento de Servicios de Desarrollo
- Centro de Desarrollo de Porterville
- Centro de Desarrollo de Canyon Springs
- Hogar STAR: \_\_\_\_\_  
(Ubicación del Hogar STAR)
- Otro: \_\_\_\_\_

### Persona/Organización que recibe la información

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

- Se podrá enviar y recibir información entre las partes enumeradas anteriormente.

**Cuando el DDS recibe una Autorización, la información del consumidor o sobre su salud puede usarse o divulgarse para el propósito específicamente indicado en la autorización.**

Rango de fechas de los registros que se publicarán: \_\_\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_

**O**

Registros de divulgación autorizados a continuación, independientemente de la fecha.

Información confidencial del paciente: Consulte el Código de Bienestar e Instituciones, Sección 4514 Regla de Privacidad de HIPAA CFR Sección 164.508



## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CONSUMIDOR

### Descripción de la información que se divulgará:

(Todos los registros recopilados, mantenidos, utilizados y divulgados por el DDS son registros de salud mental).

- Identificador personal, diagnóstico y/o información demográfica
- Plan de Programa Individual (IPP)
- Registros de medicación
- Informes de laboratorio clínico
- Examen físico/historial médico
- Registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (SUD)
- Información de facturación/reclamo/compra de servicios
- Documentos legales
- Otro (por favor, especifique): \_\_\_\_\_

**ESTA AUTORIZACIÓN SOLO PERMITE UNA DIVULGACIÓN ÚNICA DE LOS SIGUIENTES REGISTROS. LAS DIVULGACIONES POSTERIORES REQUERIRÁN OTRA AUTORIZACIÓN.**

Registros especialmente protegidos	Iniciales del consumidor
<input type="checkbox"/> Resultados de la prueba del VIH/SIDA	
<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas genéticas	

### Propósito de la divulgación de información

- A solicitud del consumidor (solo si el consumidor inicia la autorización)
- Representación legal
- Otro: \_\_\_\_\_



## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CONSUMIDOR

### Propósito de la divulgación de información

Entiendo que:

Autorizo la divulgación de (acepto compartir) mi información de salud personal. Cuando se envía información a/desde un Departamento de Servicios de Desarrollo, la otra persona/organización sabrá que he recibido servicios de desarrollo.

Estoy firmando esta Autorización de manera voluntaria (por mi propia elección, sin coerción), y mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización.

La información divulgada puede ser compartida nuevamente con otros y ya no estará protegida si se divulga a cualquier persona que no sea una entidad cubierta.

Se podrán cobrar tarifas razonables a la persona que solicite la información para cubrir el costo de copia y envío.

Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

**Derecho a modificar o revocar:** Antes de cualquier divulgación de información, tengo el derecho de modificar o revocar esta Autorización (cambiar de opinión y no permitir que se divulgue la información), a menos que:

1. El DDS ya ha proporcionado registros basándose en la autorización;  
o
2. Esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro, aunque otras leyes otorgan al asegurador el derecho de impugnar un reclamo bajo la póliza o la póliza misma.

Información confidencial del paciente: Consulte el Código de Bienestar e Instituciones, Sección 4514 Regla de Privacidad de HIPAA CFR Sección 164.508



## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CONSUMIDOR

Para modificar o revocar, enviaré una solicitud por escrito a:

- Departamento de Servicios de Desarrollo
- Centro de desarrollo de Porterville
- Centro de desarrollo de Canyon Springs
- Hogar STAR: \_\_\_\_\_  
 (Ubicación del Hogar STAR)

Otro: Como se identifica anteriormente como la "Persona/Entidad que proporciona la información".

Si no se revoca, esta Autorización expirará al final de:

- Fecha (especificar): \_\_\_\_\_
- 6 meses
- Un año
- Evento (especificar): \_\_\_\_\_

Firma del consumidor O <input type="checkbox"/> Representante personal	Fecha
Nombre impreso	
<input type="checkbox"/> La persona es un consumidor actual; he revisado esta Autorización con el consumidor antes de firmar el formulario.  <input type="checkbox"/> He verificado la autoridad del Representante Personal para firmar en nombre del Consumidor.	
Firma del miembro del personal	Fecha
Nombre impreso	

Información confidencial del paciente: Consulte el Código de Bienestar e Instituciones, Sección 4514 Regla de Privacidad de HIPAA CFR Sección 164.508