

COMPREHENSIVE CLINICAL SERVICES, P.C.

Main Office: 2340 S. Highland Ave, Ste 300, Lombard IL 60148
Phone # 630.261.1210 - Fax # 630.261.1211 - Discoverccs.org

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Este formulario se utiliza para autorizar la divulgación de información de salud protegida de acuerdo con la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA).

La finalización de este documento autoriza la divulgación y/o uso de la información de salud sobre usted. No proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

Por la presente, autorizo a Comprehensive Clinical Services, P.C. a usar, divulgar, recibir y/o intercambiar información de salud mental y médica relacionada con:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Esta información será divulgada a y/o intercambiada con:

Nombre/Escuela/Agencia: _____

Relación con el Paciente:

- Padre o Tutor Legal
- Psiquiatra
- Terapeuta/Trabajador Social
- Médico de Atención Primaria
- Personal Escolar

Otro: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Correo Electrónico: _____

A. La siguiente información será divulgada (Marque según corresponda):

- Todo el expediente – Fecha de Servicio: _____
- Evaluación/historial y físico – Fecha de Servicio: _____
- Resumen de alta – Fecha de Servicio: _____
- Prueba de laboratorio – Fecha de Servicio: _____
- Otro (Especifique la información necesaria y la(s) fecha(s) de servicio si se conocen):

B. Específicamente autorizo la divulgación de la siguiente información (Marque según corresponda):

- Información de tratamiento de salud mental
- Notas de psicoterapia de salud mental
- Información de tratamiento de alcohol/drogas
- Información/pruebas genéticas

COMPREHENSIVE CLINICAL SERVICES, P.C.

Main Office: 2340 S. Highland Ave, Ste 300, Lombard IL 60148
Phone # 630.261.1210 - Fax # 630.261.1211 - Discoverccs.org

El abajo firmante afirma que está de acuerdo con:

- Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental y tratamiento por abuso de alcohol o drogas. Entiendo que, al firmar esta autorización, estoy autorizando la divulgación de dicha información a menos que se especifique lo contrario arriba.
- Esta autorización sigue siendo válida durante dos años a partir de la fecha de firma.
- Cualquier fax, copia o fotocopia de esta autorización le autorizará a divulgar los registros solicitados en este documento.

El propósito de la divulgación de información es:

- Seguro u otro reembolso de terceros
- Continuidad de la atención médica
- Acción legal pendiente
- A solicitud del Paciente
- Otro (Especificar): _____

Autorizo que la información sea divulgada a través de:

- Comunicación tanto Verbal como Escrita
- Comunicación Verbal
- Comunicación Escrita

RESTRICCIONES

Entiendo que, si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por regulaciones federales de privacidad, la información descrita arriba puede ser revelada nuevamente y ya no estará protegida por estas regulaciones. Sin embargo, el destinatario puede estar prohibido de divulgar información sobre abuso de sustancias bajo los Requisitos de Confidencialidad del Abuso de Sustancias Federales.

Me doy cuenta de que la oficina y sus empleados tienen la responsabilidad de mantener la confidencialidad de los expedientes médicos en su posesión. Entiendo que una vez que la información sea divulgada, el destinatario puede volver a divulgarla y la información puede no estar protegida por leyes o regulaciones federales de privacidad. La oficina no será responsable de ninguna divulgación posterior por parte del destinatario de la información de salud. Libero a Comprehensive Clinical Services, P.C., sus contratistas independientes y empleados de cualquier responsabilidad que pueda surgir como resultado de cualquier divulgación posterior de mi información de salud por parte del destinatario.

MIS DERECHOS

Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago o elegibilidad de beneficios.

COMPREHENSIVE CLINICAL SERVICES, P.C.

Main Office: 2340 S. Highland Ave, Ste 300, Lombard IL 60148
Phone # 630.261.1210 - Fax # 630.261.1211 - Discoverccs.org

Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me pide permitir usar o divulgar.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarlo a la siguiente dirección: Comprehensive Clinical Services, P.C., 2340 S Highland Ave, Ste 300, Lombard, IL 60148.

Mi revocación entrará en vigor al recibirla, excepto en la medida en que otros hayan actuado en base a esta autorización.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

La información divulgada conforme a esta autorización podría ser revelada nuevamente por el destinatario y ya no estar protegida por HIPAA.

FIRMAS

_____	_____	_____
Fecha	Firma del Paciente (Requerida si tiene 12 años o más)	Nombre

_____	_____	_____
Fecha	Firma del Padre/Tutor Legal/Otro Agente Autorizado	Nombre

_____	_____	_____
Fecha	Firma del Testigo	Nombre