

AUTORIZACIÓN A USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Por medio de esta forma autorizo a:

IMPOWER

a divulgar u obtener PHI sobre el cliente mencionado anteriormente, incluyendo salud física, mental, uso de sustancias (drogas, alcohol, etc.), información del estatus de VIH/SIDA status, diagnóstico y registro de tratamiento. La información de salud puede estar relacionada a mi condición pasada, presente o futura, el suministro de atención médica, o pago de mis servicios médicos. Esta información puede ser divulgada a, u obtenida de el/la siguiente:

Agencia Nombre/Contacto: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Yo autorizo: Sólo la siguiente información esta autorizada a ser divulgada (marca cuantas quiera de las siguientes):

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Registro de asistencia | ☐ Resultado urinálisis y frecuencia | ☐ Evaluación Biopsicosocial |
| ☐ Visitas manejo medicamentos | ☐ Evaluación uso de sustancias | ☐ Plan de Tratamiento/Revisión |
| ☐ Evaluación Psiquiátrica | ☐ Resumen de reporte de progreso | ☐ Registros de Educación |
| ☐ Resumen de alta | ☐ Referido a servicios adicionales, indica la agencia: _____ | |
| ☐ Otra: _____ | | |

Esta forma expira:

Esta autorización expira: _____ o _____
Evento (al ser dado de alta, copia de registro para referido) Fecha de expiración

Razon Autorización ☐ Coordinación de Tratamiento ☐ Evaluación ☐ A petición del cliente ☐ Determinación de Discapacidad
☐ Otra

Otra información: - Favor especifica:

- La información divulgada por el/la anteriormente mencionado(a) no se divulgará nuevamente sin autorización futura. Sin embargo, entiendo que IMPOWER no garantiza que el recipiente no lo divulgue a terceras personas después de recibir mi información. El recipiente no será sujeto a leyes federales que gobiernan la privacidad de información de salud.
- Entiendo que puedo rechazar firmar esta autorización y que mi tratamiento, inscripción, elegibilidad de beneficios, o pago de mi tratamiento no puede ser contingente de que firme esta autorización.
- Entiendo que puedo revocar la autorización por escrito en cualquier momento, sin embargo no puedo revocar la autorización a acción que ya ha sido tomada. Esto incluye divulgar a una tercera persona por pago. También entiendo necesito proveer cualquier aviso para revocar por escrito a la Oficina Privada a la dirección escrita abajo.
- Hay un costo de \$1.00 por página para registros médicos.
- Debo recibir copia de la forma después de firmarla si IMPOWER requiere información sea divulgada.
- Una copia de esta forma es tan válida como el original.**

**ESTE CONSENTIMIENTO EXPIRA A 1 AÑO DE LA FECHA FIRMADA A MENOS
SE ESPECIFIQUE DE OTRA MANERA.**

Firma de Cliente: _____ Fecha: _____

Firma de Guardián Legal/Representante: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____