Servicios de recuperación DAYMARK

Medicaid #: _____ MR#:_____

Nombre del cliente:_____ Fecha de nacimiento:_____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SANITARIA
(Proveedor de atención primaria/Otros proveedores de servicios)

Yo, _____ (*cliente o representante personal*) autorizo a **DAYMARK RECOVERY SERVICES** a divulgar/intercambiar información médica específica de los registros del cliente arriba mencionado a/de:
_____ *(nombre del proveedor)* _____ *(empresa/centro del proveedor)*_____(provider address)
_____(ph)_____(fax)

Para fines específicos: Colaborar con el proveedor de servicios para garantizar la continuidad de la atención

Información específica a revelar: **Resumen del alta--Evaluación de la SA/MH--Plan de servicio--Diagnóstico--Evaluación psiquiátrica--Información de asistencia y citas--Notas de servicio clínico--Notas de servicio médico--Comunicación verbal y escrita sobre el estado del cliente con el tratamiento recomendado--Historia de la medicación--Resultados de los análisis de drogas en la orina--Otros resultados de laboratorio y procedimientos—Recomendaciones**

Entiendo que si no especifico una fecha o condición de caducidad, esta autorización es válida durante el período de tiempo necesario para cumplir su propósito hasta un año, excepto para las divulgaciones para las transacciones financieras, en las que la autorización es válida indefinidamente. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y que se me pedirá que firme la *Sección de Revocación* que aparece a continuación. Además, entiendo que cualquier acción realizada sobre esta autorización antes de la fecha de revocación es legal y vinculante.

Entiendo que mi información puede no estar protegida contra la redistribución por parte del solicitante de la información; sin embargo, si esta información está protegida por la normativa federal de confidencialidad sobre el abuso de sustancias, el destinatario no puede redistribuir dicha información sin mi autorización adicional por escrito, a menos que la ley estatal o federal disponga lo contrario.

Entiendo que mi información está protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), 45 C.F.R. Pts. 160 y 164 y no pueden divulgarse a menos que lo disponga la ley. Además, los expedientes de tratamiento de alcohol y drogas están protegidos por la normativa federal que regula la confidencialidad de los expedientes de pacientes con problemas de alcoholismo y drogadicción, 42 C.F.R Parte 2, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que la normativa disponga lo contrario.

Entiendo que esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición: _____.

Entiendo que si mi expediente contiene información relacionada con la infección por VIH, el SIDA o afecciones relacionadas con el SIDA, enfermedades transmisibles, abuso de alcohol, abuso de drogas, afecciones psicológicas o psiquiátricas, o pruebas genéticas, esta divulgación incluirá esa información. La información sobre el VIH/SIDA sólo se divulga de acuerdo con las leyes sobre enfermedades transmisibles (GS130A-143).

También entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, el pago de los servicios, o mi elegibilidad para los beneficios; sin embargo, si un servicio es solicitado por un proveedor no relacionado con el tratamiento (por ejemplo, la compañía de seguros) con el único propósito de crear información de salud (por ejemplo, un examen físico), el servicio puede ser negado si no se da la autorización. Si el tratamiento está relacionado con la investigación, el tratamiento puede ser denegado si no se da la autorización.

Además, entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización firmada.

_____
Firma del cliente *Fecha* *Testigo (solo se require cuando la firma es una "X", una marca o un simbolo)* *Fecha*

_____
Firma del representante personal *Fecha* *Representante personal Relación /Autoridad* *Fecha*

SECCIÓN DE REVOCACIÓN

Por la presente solicito que se rescinda esta autorización para divulgar información médica, con efecto en _____ **(Fecha).** Yo/Cliente/Representante Personal **(marque uno)** entiendo(n) que cualquier acción tomada en esta autorización antes de la fecha rescindida es legal y vinculante.

_____
Firma del cliente *Fecha* *Testigo (solo se require cuando la firma es una "X", una marca o un simbolo)* *Fecha*

_____
Firma del representante personal *Fecha* *Representante personal Relación /Autoridad* *Fecha*

_____
Firma del personal *Fecha* *Firma del testigo del personal (si se trata de una revocación verbal)* *Fecha*