



[Behavioral Health Network, Inc. (BHN)
 [Insert Address]
 Teléfono [Insert Phone #] / Fax [Insert Fax#]]

AUTORIZACION PARA OBTENER O DIVULGAR INFORMACION DE SALUD

Esta Forma Autoriza a BHN a Solicitar y/o Divulgar Información Protegida de Salud (PHI) a /de una Persona u Organización Fuera de BHN.

Nombre del Cliente (en letra molde):

Primer Nombre	Inicial	Apellidos	Fecha de Nacimiento
---------------	---------	-----------	---------------------

Favor de Añadir Sus Iniciales Debajo en Donde Aplique: (Tiene que hacerlo en Uno o en Ambos)

- _____ Autorizo a BHN a Solicitar mi información **DE** la Persona/Lugar debajo & a ser enviada **A BHN**.
 Al añadir mis iniciales en esta selección, BHN puede tener comunicación continua con la persona/lugar que se especifica debajo.
- _____ Autorizo a BHN a Divulgar mi información **A** la Persona/Lugar debajo & a ser enviada **Desde BHN**.
 Al añadir mis iniciales en esta selección, BHN puede tener comunicación continua con la persona/lugar que se especifica debajo.

Nombre de la Persona u Organización con la cual BHN estará intercambiando información:

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal o Número de Fax de la Organización o Persona especificada arriba:

La Autorización Comienza en la Fecha: _____ **y Termina en la Fecha: (1 Año máx.):** _____

Indique la Documentación a Solicitar de la Persona u Organización especificada arriba:

Información de Salud Física	Notas Psiquiátricas	Resumen de Alta/Transición
Plan de Cuidado / Tratamiento	Evaluación más reciente	Expedientes Académicos
Otra, Especifique:		

Indique las Fechas para Documentación Solicitada: [_____] **a:** [_____]

Indique la Documentación a ser Divulgada:

Notas Psiquiátricas	Plan de Cuidado / Tratamiento
Evaluación más reciente	Resumen de Alta/ Transición
Otra, Especifique:	

Propósito para la Divulgación:

Coordinación de Cuidado	Comunicación con la Familia	Comunicación con la Escuela	Intercambio de Expediente Médico
A Solicitud del Proveedor	A Solicitud del Seguro Soc.	Otro, Especifique:	



Autorización para la Divulgación de Información Específica (Se Requieren sus Iniciales Debajo):

	Información sobre el Tratamiento por Uso de Alcohol, Drogas o Substancias
	Información sobre el HIV y las Enfermedades de Transmisión Sexual
	Información que Envuelve la Salud Reproductiva

Notas Adicionales y/o limitaciones:

[Empty box for additional notes]

RECONOCIMIENTO CONCERNIENTE A EXPEDIENTES DE TRATAMIENTO DE ALCOHOL Y DRUGAS

Entiendo que mis expedientes de tratamiento están protegidos bajo la regulación Federal que gobierna la Confidencialidad de Expedientes de Tratamiento de Uso/Abuso de Alcohol y Drogas, 42 C.F.R. Parte 2 (Parte 2 Regulaciones), y el Acta de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud de 1996, 45 C.F.R., Partes 160 y 164 (Regulaciones HIPAA), y no pueden ser divulgados sin mi firma debajo, a menos que la divulgación sea provista por la misma en la Parte 2 Regulaciones y las Regulaciones HIPAA. También entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento excepto en la medida en que la acción haya sido tomada por el Programa(s) de BHN dependiendo de la misma.

Reconocimientos Adicionales:

- Entiendo que una vez BHN divulgue mi información a la persona/ lugar que la recibe, BHN no puede garantizar que dicha persona/lugar no divulgará su información a terceras partes. A la persona/lugar que la recibe no se le pudiese requerir estar sujeto a esta Autorización o las Leyes Federales aplicables y la Leyes gubernamentales para el uso o divulgación de información de salud.
- Entiendo que si reúso firmar o revocar esta Autorización, esto no afectará los servicios que estoy recibiendo en BHN.
- Entiendo que esta Autorización permanecerá en efecto hasta su fecha de expiración o hasta que provea la forma Revocación de Autorización firmada a BHN personalmente o por correo a la dirección provista arriba. La forma de Autorización de Revocación firmada será efectiva al momento de ser recibida por BHN. La revocación no tendrá efecto sobre cualquier acción tomada por BHN dependiendo de la misma antes de ser rescindida.
- He leído y entiendo los términos de esta Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del uso y divulgación de mi información de salud. Al firmar, por la presente, en pleno conocimiento y voluntariamente, autorizo a BHN a usar y/o divulgar mi información de salud en la manera descrita arriba.

Firma del Cliente/Paciente/Individuo Servido

Fecha

Si el Individuo tiene un Padre, Custodio Legal o Represente Personal, Por Favor Provea la siguiente firma:

Circule uno: Padre/Custodio/ Represente Personal

Nombre (letra de molde) Aquí

Fecha

Nombre del Testigo (letra de molde): _____

**Para Entidades Recibiendo Expedientes que pueden contener Información sobre Uso de Substancias
Prohibición a la Re-divulgación de Información Confidencial de Clientes en Tratamiento Uso Alcohol y Drogas**

Esta notificación acompaña a la divulgación de información concerniente a clientes en tratamiento de alcohol/drogas, emitida a usted con el consentimiento de dicho cliente. Esta información ha sido divulgada a usted de expedientes protegidos por las Regulaciones Federales de confidencialidad (42 C.F.R. Parte 2). Las Regulaciones Federales le prohíben que usted divulgue esta información a terceros a menos que la misma esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la cual pertenece la misma, o como de otra manera está permitido por la Ley 42 C.F.R. Parte 2. Una Autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las Regulaciones Federales restringen cualquier uso de esta información para investigar criminalmente o procesar cualquier paciente de uso/ abuso de alcohol o drogas.