

## INSTRUCCIONES – Formulario de Autorización para Divulgar/Obtener Información

Este formulario se utiliza para divulgar su información de salud protegida como lo requieren las leyes federales y estatales de privacidad. Este formulario se utiliza para que usted o su Representante personal autoricen a View Point Health a divulgar o solicitar su información médica protegida a otra persona u organización a petición suya.

**Cada sección del formulario debe completarse; la falta de información provocará retrasos en el procesamiento de la autorización.**

### Sección A: Uso o Divulgación de información de salud

Esta sección es la forma en que desea que View Point Health se comunique con la organización/individuo que está autorizando.

OPCIONES DE COMUNICACIÓN
<ul style="list-style-type: none"><li>• Seleccione <b>Divulgar información a:</b> View Point Health divulgará su información de salud.</li><li>• Seleccione <b>Obtener Información de:</b> View Point Health solicitará su información médica.</li><li>• Seleccione ambos <b>Divulgar información a y Obtener Información de:</b> View Point Health y la Organización/Individuo pueden intercambiar su información.</li></ul>

### Sección B: Alcance y Uso de la Divulgación

Debe indicar o describir la información que se va a divulgar. **Marque SOLAMENTE UNA casilla que mejor describa su solicitud.**

La primera opción es **Toda la información de Salud Mental, Médica (info. sobre las pruebas para el Virus Inmunológico Humano y/o tratamiento para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y cualquier condición relacionada), y/o información sobre el trastorno por consumo de sustancias.** Si marca esta casilla, View Point Health puede divulgar toda la información relacionada con su tratamiento o servicios. Si alguien está directamente involucrado en la coordinación de su atención médica o beneficios, es posible que desee que tenga acceso a toda su información.

La segunda opción es **Información específica de salud.** Al marcar esta casilla, indica que desea que sólo se publique información específica. Describa la información específica en la línea proporcionada.

### Sección C: Propósito de Uso o Divulgación

Esta sección es con respecto a por qué su Información de Salud está siendo divulgada o solicitada.

### Sección D: Expiración (Cuando esta Autorización terminará)

Imprima una fecha de vencimiento o un evento, **pero no ambos.** Si se utiliza un evento de expiración, el evento debe estar relacionado con el propósito de la divulgación de la información que se autoriza. Por ejemplo, una Autorización puede expirar "un año a partir de la fecha en que se firma la Autorización" o "al finalizar la inscripción en el plan de salud".

Una autorización sigue siendo válida hasta su fecha de vencimiento o evento, a menos que sea revocada por escrito por el individuo antes de esa fecha o evento.

### Sección E: Otra información de importancia

**Usted o su Representante Personal deben firmar la autorización.**

Si usted es el Representante personal, no se requiere la firma del cliente. Sin embargo, debe proporcionar la información solicitada, la firma y la fecha. Una copia de la autoridad legal, tal como un poder de abogado duradero para la atención médica u otro documento legal, debe estar en archivo en View Point Health o ser presentado con este formulario.



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/ OBTENER INFORMACIÓN**

Nombre Del Cliente
Fecha de Nacimiento
Número de Seguro Social
ID de Cliente

**Sección A: Uso o Divulgación de información de salud**

Al firmar este formulario, autorizo el uso y/o la divulgación de mi información médica mantenida por View Point Health.

Comunicación:     Divulgar información a                       Obtener información de

Nombre de la Organización y/o Individuo	
Dirección postal	
Ciudad/Estado/Código postal	
Teléfono	Fax
Correo Electrónico	

**Sección B: Alcance y Uso de la Divulgación**

La información que puede ser utilizada o divulgada sobre la base de esta autorización es la siguiente **(SÓLO MARQUE UNO)**:

Toda la información de Salud Mental, IDD, Médica (info. sobre las pruebas para el Virus Inmunológico Humano y/o tratamiento para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y cualquier condición relacionada), y/o información sobre el trastorno por consumo de sustancias.

Información de salud específica, incluyendo mental, médica (info. en relación con la prueba del HIV y/o el tratamiento del SIDA y cualquier afección relacionada), y/o información sobre el trastorno por uso de sustancias **(Enumere la información que se divulgará)**:

**Sección C: Propósito de Uso o Divulgación**

El propósito de esta divulgación es **(SOLO MARQUE UNO)**:

Específicamente, con el propósito de::

Yo elijo no revelar el propósito. *(Esta casilla NO se puede marcar si la información que se va a divulgar pertenece a la información sobre el uso de sustancias)*

**Sección D: Expiración**

Si se utiliza un evento de expiración, el evento debe estar relacionado con el cliente o el propósito de la divulgación.

Fecha (MM/DD/YYYY) o Evento:

**Sección E: Otra información de Importancia**

- Entiendo que View Point Health no puede garantizar que el destinatario de esta información no vuelva a divulgar esta información a un tercero. Es posible que el destinatario no esté sujeto a las leyes federales que rigen la privacidad de la información de salud. Sin embargo, si la divulgación consiste en información de tratamiento sobre un cliente en un programa de trastorno por consumo de sustancias, el destinatario tiene prohibido por la ley federal hacer cualquier divulgación adicional de dicha información a menos que la divulgación adicional sea expresamente permitida.
- Entiendo que, excepto cuando estoy recibiendo atención médica únicamente con el propósito de crear información para su divulgación a un tercero, puedo negarme a firmar esta Autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento de View Point Health.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto que la revocación no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada por View Point Health en base a esta autorización antes de que se reciba una notificación escrita de revocación (Ver Aviso de Prácticas de Privacidad).

_____	_____	_____	_____ AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
Firma del Cliente o Representante Legalmente Autorizado	Nombre impreso del Cliente o Representante Legalmente Autorizado	Fecha	La Hora

_____	_____	_____	_____ AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
Firma del Testigo	Título/Relación con el Cliente	Fecha	La Hora