



AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

NOMBRE DE CLIENTE (NOMBRE, APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YYYY)
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)

Autorizo el uso y/o la liberación de mi información de salud como se detalla a continuación. Entiendo que una vez compartida, mi información puede no estar protegida por las leyes federales de privacidad y puede ser usada o divulgada por el destinatario sin mi consentimiento. Reconozco que firmar esta autorización es voluntario y que mi negativa a firmarla no afectará mi capacidad de recibir tratamiento. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a View Point Health, sin afectar las acciones previas a la notificación.

Seleccionar ambos casilleros permite el intercambio de información de salud:

<input type="checkbox"/> Autorizo a View Point Health a liberar mis registros a la persona u organización abajo indicada.
<input type="checkbox"/> Autorizo a la persona u organización abajo indicada a liberar mis registros a View Point Health .

INDIVIDUO/ORGANIZACIÓN TERCERA PARTE

1. NOMBRE DE LA PERSONA/ORGANIZACIÓN		2. RELACIÓN
3. DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)		
4. TELÉFONO	5. FAX	6. CORREO ELECTRÓNICO

INFORMACIÓN A SER LIBERADA

Entiendo que la información que se liberará o divulgará puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), salud mental y el uso de sustancias.

<input type="checkbox"/> TODOS LOS REGISTROS DISPONIBLES		
<u>O</u> SÓLO ESTA INFORMACIÓN ESPECÍFICA DE MIS REGISTROS DE SALUD:		
<input type="checkbox"/> HOJA DE FRENTE	<input type="checkbox"/> RESULTADOS DE LAB	<input type="checkbox"/> EVALUACIÓN(ES) PSIQUIÁTRICA(S)
<input type="checkbox"/> HISTORIAL DE MEDS	<input type="checkbox"/> DATOS DE FACTURACIÓN	<input type="checkbox"/> EXÁMENES DE SALUD BEHAVORAL
<input type="checkbox"/> PLAN DE TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/> RESUMEN DE ALTA	<input type="checkbox"/> FECHAS/HORARIOS DE CITA
<input type="checkbox"/> OTRO (DEBE ESPECIFICAR):		



AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

PROPÓSITO DE LA LIBERACIÓN

<input type="checkbox"/> CUIDADO CONTINUO	<input type="checkbox"/> SEGURO	<input type="checkbox"/> SSI: ELEGIBILIDAD/BENEFICIOS
<input type="checkbox"/> APOYO ACADÉMICO	<input type="checkbox"/> REQUISITO DE CPS/APS	<input type="checkbox"/> COORDINACIÓN DE SERVICIOS
<input type="checkbox"/> ESTUDIO CIENTÍFICA	<input type="checkbox"/> PROBACIÓN/PAROLE	<input type="checkbox"/> ASUNTO LEGAL
<input type="checkbox"/> OTRO (DEBE ESPECIFICAR):		

Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:

- Tengo la autoridad para solicitar el uso o divulgación de la PHI especificada en este formulario y entiendo que hacer declaraciones falsas o presentar información falsa puede dar lugar a multas, encarcelamiento o ambos, según la O.C.G.A. § 16-10-20.
- Esta autorización es **VÁLIDA POR UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE MI FIRMA**, a menos que presente una revocación por escrito antes de su vencimiento.
- Para cualquier divulgación no relacionada con la continuidad de la atención por parte de un proveedor de atención médica, **se podrán cobrar tarifas** de acuerdo con la ley estatal de Georgia.
- Por la presente, libero a View Point Health, su personal y cualquier parte que divulgue información a o en nombre de View Point Health de cualquier responsabilidad por problemas derivados de la divulgación o el uso de esta información. Esta liberación se extiende a mis representantes legales y cualquier persona que actúe en mi nombre.

FIRMA

FECHA

REPRESENTANTE AUTORIZADO (NOMBRE)

RELACIÓN CON EL CLIENTE

NOTA: Si firma como representante legal, debe presentar una copia del documento legal que le otorgue autoridad, como un poder notarial de atención médica, orden judicial o carta de tutela. **UN PODER NOTARIAL FINANCIERO O DE NEGOCIOS NO ES SUFICIENTE.**

NOTICE TO RECIPIENT OF HEALTH INFORMATION: Federal and Georgia state laws protect the privacy of substance use information (42 CFR Part 2), HIV-related information (O.C.G.A. § 24-12-21), and mental health information (O.C.G.A. § 37-3-166) and generally prohibit sharing this information without written authorization. If this disclosure includes records related to HIV/AIDS or substance use treatment, the following notice applies: This information is protected by federal and state laws. Further sharing is not allowed unless the person it pertains to provides written permission or as permitted by law. **A general release of medical information is NOT SUFFICIENT for this purpose.** Federal law also prohibits using this information to investigate or prosecute anyone receiving substance use treatment.

DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO:

View Point Health Medical Records Department
P.O. BOX 687
Lawrenceville, GA 30046

Fax: (678) 212-6339

Email: medicalrecords@vphealth.org