



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Solicito y autorizo a Southeast Health Group a divulgar o solicitar la información especificada a continuación a la organización, agencia o individuo mencionado en esta solicitud.

Esta sección del formulario se puede utilizar como una divulgación de información de varias agencias. Autorizo a Southeast Health Group a divulgar información y obtener información de las siguientes agencias y / o individuos:

_____ Doctor principal Nombre:	Información que se publicará: <input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Condición Psiquiátrica / Tratamiento de Salud Mental <input type="checkbox"/> Información Sobre Medicamentos <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol / Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Unidad de Gestión de Retiros <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Información relacionada con las STDs, incluido el HIV o el AIDS <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Resultados UA / BA <input type="checkbox"/> Otro: Método de liberación: <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Verbal Para el (los) propósito (s) de (especificar):
_____ Seguridad Social Nombre:	Información que se publicará: <input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Condición Psiquiátrica / Tratamiento de Salud Mental <input type="checkbox"/> Información Sobre Medicamentos <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol / Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Unidad de Gestión de Retiros <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Información relacionada con las STDs, incluido el HIV o el AIDS <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Resultados UA / BA <input type="checkbox"/> Otro: Método de liberación: <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Verbal Para el (los) propósito (s) de (especificar):
_____ Farmacéutico Nombre:	Información que se publicará: <input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Condición Psiquiátrica / Tratamiento de Salud Mental <input type="checkbox"/> Información Sobre Medicamentos <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol / Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Unidad de Gestión de Retiros <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Información relacionada con las STDs, incluido el HIV o el AIDS <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Resultados UA / BA <input type="checkbox"/> Otro: Método de liberación: <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Verbal Para el (los) propósito (s) de (especificar):
_____ Abogado Nombre:	Información que se publicará: <input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Condición Psiquiátrica / Tratamiento de Salud Mental <input type="checkbox"/> Información Sobre Medicamentos <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol / Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Unidad de Gestión de Retiros <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Información relacionada con las STDs, incluido el HIV o el AIDS <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Resultados UA / BA <input type="checkbox"/> Otro: Método de liberación: <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Verbal Para el (los) propósito (s) de (especificar):
_____ Servicios Sociales Nombre:	Información que se publicará: <input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Condición Psiquiátrica / Tratamiento de Salud Mental <input type="checkbox"/> Información Sobre Medicamentos <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol / Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Unidad de Gestión de Retiros <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Información relacionada con las STDs, incluido el HIV o el AIDS <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Resultados UA / BA <input type="checkbox"/> Otro: Método de liberación: <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Verbal Para el (los) propósito (s) de (especificar):

<p>____ Rehabilitación Vocacional Nombre:</p>	<p>Información que se publicará: <input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Condición Psiquiátrica / Tratamiento de Salud Mental <input type="checkbox"/> Información Sobre Medicamentos <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol / Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Unidad de Gestión de Retiros <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Información relacionada con las STDs, incluido el HIV o el AIDS <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Resultados UA / BA <input type="checkbox"/> Otro: Método de liberación: <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Verbal Para el (los) propósito (s) de (especificar):</p>
<p>____ Salud Pública Nombre:</p>	<p>Información que se publicará: <input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Condición Psiquiátrica / Tratamiento de Salud Mental <input type="checkbox"/> Información Sobre Medicamentos <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol / Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Unidad de Gestión de Retiros <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Información relacionada con las STDs, incluido el HIV o el AIDS <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Resultados UA / BA <input type="checkbox"/> Otro: Método de liberación: <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Verbal Para el (los) propósito (s) de (especificar):</p>
<p>____ Colegio Nombre:</p>	<p>Información que se publicará: <input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Condición Psiquiátrica / Tratamiento de Salud Mental <input type="checkbox"/> Información Sobre Medicamentos <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol / Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Unidad de Gestión de Retiros <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Información relacionada con las STDs, incluido el HIV o el AIDS <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Resultados UA / BA <input type="checkbox"/> Otro: Método de liberación: <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Verbal Para el (los) propósito (s) de (especificar):</p>
<p>____ Libertad condicional / Libertad bajo palabra Nombre:</p>	<p>Información que se publicará: <input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Condición Psiquiátrica / Tratamiento de Salud Mental <input type="checkbox"/> Información Sobre Medicamentos <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol / Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Unidad de Gestión de Retiros <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Información relacionada con las STDs, incluido el HIV o el AIDS <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Resultados UA / BA <input type="checkbox"/> Otro: Método de liberación: <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Verbal Para el (los) propósito (s) de (especificar):</p>
<p>____ Corte Nombre:</p>	<p>Información que se publicará: <input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Condición Psiquiátrica / Tratamiento de Salud Mental <input type="checkbox"/> Información Sobre Medicamentos <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol / Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Unidad de Gestión de Retiros <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Información relacionada con las STDs, incluido el HIV o el AIDS <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Resultados UA / BA <input type="checkbox"/> Otro: Método de liberación: <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Verbal Para el (los) propósito (s) de (especificar):</p>
<p>____ DOC Nombre:</p>	<p>Información que se publicará: <input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Condición Psiquiátrica / Tratamiento de Salud Mental <input type="checkbox"/> Información Sobre Medicamentos <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol / Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Unidad de Gestión de Retiros <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Información relacionada con las STDs, incluido el HIV o el AIDS <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Resultados UA / BA <input type="checkbox"/> Otro: Método de liberación: <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Verbal Para el (los) propósito (s) de (especificar):</p>
<p>____ Hogar de Ancianos / Instalación Residencial Nombre:</p>	<p>Información que se publicará: <input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Condición Psiquiátrica / Tratamiento de Salud Mental <input type="checkbox"/> Información Sobre Medicamentos <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol / Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Unidad de Gestión de Retiros <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Información relacionada con las STDs, incluido el HIV o el AIDS <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Resultados UA / BA <input type="checkbox"/> Otro:</p>

	Método de liberación: <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Verbal
	Para el (los) propósito (s) de (especificar):
____ Defensor de Víctimas Nombre:	Información que se publicará: <input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Condición Psiquiátrica / Tratamiento de Salud Mental <input type="checkbox"/> Información Sobre Medicamentos <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol / Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Unidad de Gestión de Retiros <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Información relacionada con las STDs, incluido el HIV o el AIDS <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Resultados UA / BA <input type="checkbox"/> Otro:
	Método de liberación: <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Verbal
	Para el (los) propósito (s) de (especificar):
____ Miembro de la Familia (s) Nombre:	Información que se publicará: <input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Condición Psiquiátrica / Tratamiento de Salud Mental <input type="checkbox"/> Información Sobre Medicamentos <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol / Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Unidad de Gestión de Retiros <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Información relacionada con las STDs, incluido el HIV o el AIDS <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Resultados UA / BA <input type="checkbox"/> Otro:
	Método de liberación: <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Verbal
	Para el (los) propósito (s) de (especificar):
____ Contacto de Emergencia Nombre:	Información que se publicará: <input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Condición Psiquiátrica / Tratamiento de Salud Mental <input type="checkbox"/> Información Sobre Medicamentos <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol / Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Unidad de Gestión de Retiros <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Información relacionada con las STDs, incluido el HIV o el AIDS <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Resultados UA / BA <input type="checkbox"/> Otro:
	Método de liberación: <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Verbal
	Para el (los) propósito (s) de (especificar):
____ Otro Nombre:	Información que se publicará: <input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Condición Psiquiátrica / Tratamiento de Salud Mental <input type="checkbox"/> Información Sobre Medicamentos <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol / Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Unidad de Gestión de Retiros <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Información relacionada con las STDs, incluido el HIV o el AIDS <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Resultados UA / BA <input type="checkbox"/> Otro:
	Método de liberación: <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Verbal
	Para el (los) propósito (s) de (especificar):
____ Otro Nombre:	Información que se publicará: <input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Condición Psiquiátrica / Tratamiento de Salud Mental <input type="checkbox"/> Información Sobre Medicamentos <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol / Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Unidad de Gestión de Retiros <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Información relacionada con las STDs, incluido el HIV o el AIDS <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Resultados UA / BA <input type="checkbox"/> Otro:
	Método de liberación: <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Verbal
	Para el (los) propósito (s) de (especificar):

AUTORIZACIÓN:

Generalmente, estas leyes prohíben que una entidad cubierta como SHG use o divulgue PHI a menos que lo autoricen las personas, excepto cuando esta prohibición resulte en una interferencia innecesaria con el acceso a atención médica de calidad o con ciertos otros beneficios públicos importantes o prioridades nacionales. El fácil acceso al tratamiento y el pago eficiente de la atención médica, los cuales requieren el uso y la divulgación de información médica protegida, son esenciales para el funcionamiento eficaz del sistema de atención médica. Además, ciertas operaciones de atención médica, como actividades administrativas, financieras, legales y de mejora de la calidad, realizadas por o para proveedores de atención médica y planes de salud, son esenciales para respaldar el tratamiento y el pago. Para evitar interferir con el acceso de una persona a la atención médica de calidad o al pago eficiente de dicha atención médica, la Regla de privacidad de HIPAA permite que una entidad cubierta use y divulgue información médica protegida, con ciertos límites y protecciones, para actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Entiendo que los siguientes BHO están autorizados a recibir y volver a divulgar la información necesaria sobre la salud y el tratamiento que incluye, entre otros, trastornos médicos, de salud mental y por uso de sustancias con el

fin de procesar un reclamo de servicios: Acceda a Behavioral Care, Colorado Health Partners, Foothills Behavioral Health Partners, LLC, Northeast Behavioral Health Partnership, Signal Behavioral Health Network y Credit Service Company Inc. Por la presente libero a estas partes de cualquier responsabilidad legal que pueda resultar de proporcionar la información divulgada o solicitada.

Revelador adicional: La información divulgada para pagos e informes puede ser divulgada por el destinatario al Departamento de Política y Financiamiento de Atención Médica de Colorado (HCPF) y la Oficina de Salud del Comportamiento (OBH).

42 C.F.R. Parte 2: Entiendo que mis registros de tratamiento por alcohol y / o drogas están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes por abuso de alcohol y drogas, 42 CFR Parte 2, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones.

Nueva divulgación: Entiendo que la información proporcionada en base a esta Autorización puede ser revelada a otra parte por el destinatario autorizado y que SHG no tiene control sobre la divulgación adicional y no puede proteger la información después de que se divulgue en base a esta Autorización.

Derecho a revocar: Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a las agencias o programas autorizados del Grupo de Usuarios del Sistema de Atención, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas para cumplir con ella. Entiendo que cualquier revocación solo puede aplicarse a divulgaciones o acciones futuras relacionadas con la divulgación de mi información y no puedo cancelar las acciones tomadas o las divulgaciones realizadas mientras la autorización estaba en vigor.

Condicionamiento: Entiendo que SHG no puede condicionar el tratamiento médico, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios en mi ejecución de esta Autorización, excepto con fines de investigación, para servicios realizados únicamente para producir información para un tercero o inscripción en un plan de salud.

Notas de psicoterapia: La autorización no es para el uso o la divulgación de notas de psicoterapia como se define en HIPAA. SHG no lleva notas de psicoterapia separadas de las que se mantienen en mi registro oficial.

Una Autorización no se puede combinar con ningún otro documento para crear una Autorización compuesta, excepto para investigaciones u otras autorizaciones.

Certifico que esta solicitud se ha realizado voluntariamente y que la información proporcionada es exacta a mi leal saber y entender. Una copia de esta Autorización ejecutada es tan efectiva como el original.

Entiendo que los afiliados asociados de Southeast Health Group, incluidos Southeast Mental Health Services, Partnership for Progress, Southeast Wellness Works y Regional Assessment Center pueden tener acceso a mi Información de salud protegida como cliente de SHG con el fin de coordinar la atención individual del cliente entre proveedores.

Entiendo que las personas que están realizando una pasantía o capacitándose en Southeast Health Group pueden tener acceso a mi información médica protegida.

Este formulario es válido solo por un período de un (1) año. Cada período de un (1) año, el médico y / o los administradores de casos deben recibir una autorización por escrito para divulgar información para completar los servicios según lo planeado. Esta autorización vencerá un (1) año después de la fecha de mi firma.

Fecha de vencimiento: _____

Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización.

OTRAS CONDICIONES:

Se puede usar una copia de esta autorización o mi firma al respecto con la misma eficacia que un original.

Firma del Cliente	Fecha	Firma de Testigo	Fecha
-------------------	-------	------------------	-------

Persona autorizada a firmar para el cliente	(Nombre y autoridad)	Fecha
---	----------------------	-------

CANCELACIÓN:

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento como se indica en el Aviso de prácticas de privacidad de las agencias, excepto cuando ya se han tomado medidas para obedecerlo.

Por la presente revoco esta autorización para divulgar información

Por la presente cancelo la autoridad de Southeast Mental Health Services para divulgar información a:

Fecha de cancelación: _____ Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Aviso a quién se le proporciona esta información: Esta información se le ha revelado a usted de registros que pueden estar protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer más divulgaciones de esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita el 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo. La información NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.

Revised 9/6/2019

100 Kendall Drive, Lamar, CO 81052
Office: 719.336.7501 800.511.5446
Fax: 719.336.7453

711 Barnes Avenue, La Junta, CO 81050
Office: 719.384.5446 800.511.5446
Fax: 719.384.5672

By Appointment
Eads · Las Animas · Ordway
Rocky Ford · Springfield

Revised 2/25/2019