

Consentimiento para divulgar Información

Fecha:

1. Persona cuya información podrá ser utilizada, revelada o intercambiada:

Nombre: (Nombre, Inicial, Apellido):

Fecha de Nacimiento:

2. Yo autorizo a empleados de Emergence Health Network a:

(seleccione sólo uno de los siguientes)

Divulgar

Usar

Recibir

Información médica protegida acerca de mí.

3. La información puede ser revelada o intercambiada con esta Agencia y la Entidad especificada a continuación:

La entidad es:

Nombre:

Dirección:

Ciudad/Estado/Código Postal:

Teléfono:

4. La información que puede ser revelada/intercambiada incluye:

(No se permite la divulgación de notas de psicoterapias).

También autorizo la divulgación o el recibo de mi información de salud con respecto a (se requiere hacer una selección para otorgar o denegar la divulgación de la siguiente información):

Si No Drogas, Alcohol, o Abuso de Sustancias

Si No Registros de VIH / SIDA

Si No Información genética (incluidos los resultados de pruebas genéticas)

Consentimiento para divulgar Información

5. Esta información está permitida para ser revelada/intercambiada solamente para

- Cuando yo lo pida:
- Para propósitos legales:
- Facturación y reclamos:
- Propósitos educativos:
- Tratamiento/Continuidad de atención:
- Para divulgar verbalmente la atención y el tratamiento recibido:
- Otro: _____

Las personas u organizaciones que reciban cualquier divulgación de esta información se le prohibirá por ley volver a revelar cualquier información recibida basada en este consentimiento y serán notificadas de ese hecho en cada revelación.

6. Consentimiento: Desde el día: _____ Hasta el día: _____

Entiendo que este documento puede ser revocado. También entiendo que los registros revelados antes de que este permiso sea revocado no pueden ser recuperado. Cualquier persona u organización que se basó en este permiso puede continuar siendo usado o revelar registros e información médica protegida según sea necesario para completar el trabajo que se comenzó el día que fue dado.

Consentimiento Negado

¿Esta solicitud tiene el propósito de procesar y enviar registros dentro de los próximos 10 días hábiles?

Si No

Si su respuesta es sí, ¿Cuál es el rango de fechas de registros que necesita? (Por ejemplo: De 01/01/2019 a la fecha)

Desde la fecha:

Hasta la fecha:

Me gustaría que estos registros fueran (marque uno):

Enviados por Correo Electrónico/Fax: _____

Enviados a esta dirección: _____

Recogidos en la Oficina de Registros Médicos en el 1600 Montana, El Paso TX 79902

Enviados por correo (como se indica anteriormente)

Si su dirección física es diferente a la mencionada, favor de indicarlo a continuación:

(Su solicitud será procesada en 10 días hábiles)

Consentimiento para divulgar Información

Yo soy la persona o representante personal de la persona cuyos registros serán utilizados, divulgados o intercambiados. Yo doy permiso para usar, divulgar e intercambiar los registros como se describe en este documento.

Entiendo que Emergence Health Network (EHN) puede compartir mi información Médica protegida con otro proveedor médico para ayudar con mi tratamiento con ese otro proveedor, con o sin mi permiso como lo permiten las leyes federales y estatales de privacidad (45 CFR 164.506 (c) (4), Tex. Código de Salud y Seguridad 611.004 (a) (7), Tex. Código de Salud y Seguridad 81.103 (b) (5)).

Entiendo que no tengo que dar mi consentimiento para compartir información sobre tratamientos para el abuso de sustancias y/o alcohol con mi doctor, pero al autorizar la divulgación en la página 1 de esta forma, yo libremente escojo hacerlo. También entiendo que yo puedo revocar mi decisión en cualquier momento. Sin embargo, otra información acerca de mi tratamiento con EHN podrá ser compartida con los doctores, como es especificado en HIPAA y otras leyes federales y estatales. Mi decisión de revocar esta autorización solo aplicara a la información que no ha sido aún compartida con los Médicos.

Si hay alguna información en mi expediente médico con respecto al tratamiento actual o pasado del abuso de alcohol y / o sustancias, la ley federal prohíbe que EHN comparta esa información sin mi permiso, a menos que en ciertas situaciones como una emergencia médica (42 CFR Parte 2). El compartir esta información puede ser útil para mi (s) proveedor (es) médico (s) para mi tratamiento.

Entiendo que si permito que mi información ser revelado o compartida no significa automáticamente que tengo un problema de alcohol o abuso de sustancias, o que he usado o abusado de alcohol o drogas. A pesar de que no tengo información en mi historial médico relacionado con el abuso de alcohol y / o abuso de sustancias, mi permiso para compartir esta información permitirá que EHN comparta mis expedientes médicos más rápidamente a mi (s) proveedor (es) médico (s).

Si elijo no dar permiso para compartir información sobre el tratamiento de abuso de alcohol y / o sustancias, EHN seguirá proporcionando mi información a mi (s) proveedor (es) médico (s), sin embargo, todos los documentos de mi historial médico tendrán que ser revisados para asegurar que la sustancia Y / o información sobre el tratamiento de abuso de sustancias no se comparte.

Entiendo que la revisión de mi expediente médico puede requerir varias horas y que una vuelta inmediata no puede ser garantizada.

Nombre Guardián / Cliente

Firma Guardián / Cliente

Fecha

Nombre del Empleado/ Titulo

Firma del Empleado

Fecha