axiscommunityhealth

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN Y / O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD CONDUCTUAL

INSTRUCCIONES: Por favor revise y llene este formulario cuidadosamente. Esta forma será procesada por Registros Médicos. Por favor envié por correo o personalmente entregué este formulario completo a la siguiente dirección: Axis Community Health, Atención: Registros Médicos, 4361 Railroad Avenue, Pleasanton, CA 94566 o por fax al (925) 462-1650.

INFORMACION DEL PACIENTE		
Nombre:	Número de registro medico con Axis:	
Fecha de Nacimiento:	Número de Teléfono:	Fecha de solicitud:
Dirección:		
EL PHI (Información De Salud Protegida) PUEDE SER REVELADO POR:		
Persona (Nombre o Titulo):	Instalación o Nombre del Programa:	
Dirección:	Teléfono:	Numero de Fax:
EL PHI PUEDE SER REVELEADO A:		
Nombre de la instalación o del programa:	Nombre del recipiente Necesario si la relación con el paciente es 'otra'.*	Relación al Paciente
		☐ Proveedor de tratamiento
		☐ Pagador de terceros
		☐ Otro (Añada el nombre del recipiente*)
Dirección:		
Método De Revelación: ☐ Correo: _____ ☐ Correo Electrónico: _____ ☐ Numero de Fax:_____ ☐ Teléfono:_____ ☐ Otro:_____		
¿Se compartirá la información de ambas maneras entre las dos partes mencionadas anteriormente? ☐ Marque si		

USO DEL PHI

Al firmar este formulario, yo autorizo el uso y divulgación de la información médica protegida que solicite y que se utilice para los siguiente:

□ Coordinación de Cuidado

□ Otro: _____

INFORMACION PERSONAL DE SALUD QUE SERA REVELADA

□ Salud Mental o Programa de Drogas y Alcohol: Evaluación Inicial/Ingesta, Planes de Tratamiento, Diagnostico, Plan de Alta

□ Evaluación Psiquiátrica, medicamentos psiquiátricos, ingesta psiquiátrica y formas de alta

□ Resultado de los examines o pruebas Psicológicas

□ Asistencia y participación del DUI, progreso y recomendaciones para el tratamiento

□ Otro: _____

NOTA: Los registros de salud conductual suelen ser compartidos con otras agencias con el propósito de coordinar el cuidado, o para verificar la finalización del tratamiento. Los registros de salud mental requeridos para ser entregados directamente al paciente se someterán a un proceso de revisión interna. Los expedientes hospitalarios y médicos que se envían a Axis pueden incluir divulgación de información sobre salud mental, alcohol/drogas como parte de esta autorización.

Los registros de tratamiento para la salud mental, o los departamentos de alcohol y drogas están específicamente protegidos y no serán revelados a menos que usted firme a continuación.

□Registros de Alcohol/Drogas ► Firma: _____

□Registros de Salud Mental ► Firma: _____

Firma de aprobación del proveedor requerida: _____

Nombre de Proveedor: _____ Fecha: _____

Divulgaciones: Según la exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Información de Salud de 1996 (HIPPA), 42 CFR Parte 2 y la ley de California, esta práctica no puede usar ni divulgar su información de salud identificable individualmente, excepto lo dispuesto en nuestro Aviso de Practicas de Privacidad, sin su autorización. La finalización de este formulario significa que está dando permiso para los usos y la divulgación descritos en este documento. Las excepciones se establecen en el Aviso de Practicas de Privacidad y Documentos de Consentimiento Informado.

También entiendo que la violación de la ley y los reglamentos federales por un programa de parte 2 es un delito y que las violaciones sospechadas pueden ser informadas a las autoridades correspondientes de conformidad con la sección 2.4, junto con la información de contacto. Para el condado de Alameda, Distrito Judicial del Norte en California, la informaciÃ³n de contacto es: United States Attorneyâ€™s Office Federal Courthouse, 1301 Clay Street, Oakland, CA 94613; NÃºmero: 510-637-3724.

Derecho a Revocar: Entiendo que mi representante o yo podemos revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Entiendo que mi revocación NO afectará las revelaciones que ocurrieron antes que Axis Community Health recibiera y procesara una notificación escrita de revocación. Entiendo que, si no revoco la autorización, esta autorización expirará en un año a partir de la fecha en que se firmó abajo. Nota: Si esta autorización es para un menor de edad, la fecha de caducidad no puede superar los 18 años de ese menor. Para revocar esta autorización, yo entiendo que tengo que enviar una solicitud por escrito a Axis Community Health, Attn: Clinic Operations Manager, 4361 Railroad Avenue Pleasanton, CA 94566 o por fax al (925) 462-1650.
List of Disclosures: Tiene derecho a obtener una lista de entidades que recibieron su información en los dos años anteriores bajo un consentimiento de designación general. Debe enviar esta solicitud por escrito a la dirección indicada anteriormente.
Consecuencia de Negarse a Firmar la Autorización: Esta autorización para divulgar información médica es voluntaria. El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios pudieran no estar condicionados a la firma de esta autorización, excepto en los siguientes casos: (1) para llevar a cabo el tratamiento relacionado con la investigación, (2) para obtener información en relación con la elegibilidad o inscripción en un plan de salud, (3) para determinar la obligación de la entidad para pagar una reclamación, o (4) para crear información de salud para proporcionarla a un tercero.

RECONOCIMIENTO

Autorizo la revelación de mi información personal de salud a las personas /entidades que se describen. Entiendo que esta autorización es voluntaria y confirmada por mis instrucciones. Entiendo que una vez que se da a conocer la información, puede ser divulgada y ya no está protegido por las normas de privacidad. Entiendo que, si se solicita una copia electrónica de la información, puede producirse en la forma solicitada si es fácilmente producible. Si se solicita la divulgación por correo electrónico u “otro” método, entiendo que otros pueden acceder a las direcciones de correo electrónico y “otros” métodos que puedan o no estar autorizados por mí para ver mi información de salud privada e indemnizo a Axis Community Health de dicha divulgación involuntaria. Además, entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este formulario de autorización. Por la presente doy permiso a Axis Community Health y/o la persona/instalación indicado en este formulario para divulgar, liberar y utilizar mi información personal de salud de la manera descrita en este documento.

Por: _____ _____ _____

Nombre Del Paciente (Escriba su nombre) Firma Del Paciente Fecha

Si usted no es el paciente, por favor también complete, firme y ponga fecha a continuación. Marque la casilla que describe su relación con el paciente. Adjunte comprobante de su relación con el paciente (por ejemplo, poder legal, tutor legal) si actualmente no tenemos esto registrado.

Por: _____ _____ _____

Nombre del Representante (Escriba su nombre) Firma del Representante Fecha

- ❑ Padres o tutor legal del paciente menor de edad (en la medida en que el menor no pudiera dar consentimiento para el cuidado).
- ❑ Guardián o conservador de un paciente incompetente.
- ❑ Beneficiario o representante personal del paciente fallecido.
- ❑ Cónyuge o persona financieramente responsable (donde la información únicamente es con el propósito de procesar la aplicación para la cobertura de salud del dependiente).

Authorization Tracking Information

For Axis Use Only:	
Date received:	Processed by:
Completion Date:	File Date: