

## Divulgación de información por parte del cliente/Autorización de uso y divulgación

Nombre y apellido del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Estado:  Activo  Revocado  
 Nulo  Cliente rechazado

Como cliente de Mind Springs Health o West Springs Hospital, entiendo que las regulaciones estatales y federales rigen la confidencialidad y protección de mi información de salud de identificación individual (Título 42 del CFR, Parte 2, CRS 25.1, HIPAA). Excepto en situaciones legalmente requeridas o permitidas, la información sobre mí no puede ser divulgada a personas o agencias fuera de Mind Springs, Inc. sin mi permiso por escrito. Entiendo que existen protecciones adicionales para la información sobre el abuso de sustancias y para la información sobre el VIH/SIDA.

**Por la presente autorizo a Mind Springs, Inc. enviar, recibir, intercambiar, usar o divulgar información médica sobre mí a:**

Se requiere un (1) formulario por autorización.

Relación de terceros con el cliente: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_

**Doy mi consentimiento para divulgar los siguientes tipos de información enumerados:**

(Marque todas las opciones que correspondan)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Toda la información sobre el consumo de sustancias | <input type="checkbox"/> Evaluación del diagnóstico                          |
| <input type="checkbox"/> Información sobre VIH/SIDA                         | <input type="checkbox"/> Información legal                                   |
| <input type="checkbox"/> Información médica/de laboratorio                  | <input type="checkbox"/> Notas sobre el control de los medicamentos/progreso |
| <input type="checkbox"/> Información relacionada con el pago/saldo          | <input type="checkbox"/> Evaluaciones psiquiátricas                          |
| <input type="checkbox"/> Examen neuropsicológico/neurológico                | <input type="checkbox"/> Historia social/antecedentes                        |
| <input type="checkbox"/> Resúmenes de la actualización o el alta            | <input type="checkbox"/> Otro (especifique)                                  |

**Propósito:** (Seleccione al menos uno)

- Continuidad de la atención
- Coordinación de los servicios
- Tratamiento
- A solicitud de la persona
- Otro (especifique)

Mind Springs Health y West Springs Hospital  
 515 28 3/4 Road  
 Grand Junction, CO 81501  
 Medical Records Department (Departamento de Registros Médicos)  
 Teléfono: (970) 683-7252  
 Fax: (970) 683-7055



**SOLO PARA USO HOSPITALARIO**  
 Visitas permitidas:  Sí  No      Llamadas telefónicas permitidas:  Sí  No

**Nueva divulgación**

Entiendo que la información divulgada en función de esta Autorización, excepto la información sobre un trastorno por consumo de sustancias, puede volver a ser divulgada por el destinatario y ya no estará protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de la Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) (HIPAA) (Título 45 del CFR, parte 164). Los registros sobre un trastorno por consumo de sustancias continuarán estando protegidos por las normas federales después de la divulgación y no pueden divulgarse ni volver a divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las normas pertinentes (Título 42 del CFR, parte 2).

**Prohibición de condicionar las autorizaciones**

Entiendo que no se me puede solicitar que firme esta Autorización como condición para el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios. Mind Springs Health/West Springs Hospital no puede negarse a tratarme si rechazo esta Autorización a menos que esta Autorización sea necesaria para mi participación en un estudio de investigación, o que el propósito del tratamiento sea proporcionar información a la persona/entidad identificada en esta Autorización.

**Vencimiento y derecho a revocar (cancelar)**

Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento, salvo en la medida en que ya se haya divulgado u obtenido información en virtud de la misma. La revocación debe hacerse por escrito. Si no se revoca, esta Autorización expirará en dos (2) años a partir de la fecha en que la firme, a menos que se especifique aquí una fecha anterior:

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Firma del cliente o su representante Fecha

Si es un representante, su relación con el cliente

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_