

Nombre legal:	Fecha de nacimiento:
---------------	----------------------

Nombre, si es diferente al Nombre legal:

Autorizo a la División de Salud del Comportamiento del Condado de Clackamas (CCBH, por sus siglas en inglés) a intercambiar y divulgar información con la siguiente:

Nombre de la persona/organización/instalación: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

La CCBH está SOLICITANDO expedientes La CCBH ESTÁ ENVIANDO expedientes
 Intercambio verbal únicamente
 Intercambio mutuo de expedientes (permite que la información se comparta, según sea necesario)
 Cómo debe la CCBH divulgar los expedientes (es decir, por correo postal, correo electrónico, fax): _____

Información que se intercambiará y/o divulgará (marque todas las opciones que correspondan):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Historia clínica completa | <input type="checkbox"/> Evaluaciones | <input type="checkbox"/> Notas sobre la evolución |
| <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento/atención | <input type="checkbox"/> Órdenes de medicamentos | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio/diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> Expedientes dentales | <input type="checkbox"/> Expedientes hospitalarios | <input type="checkbox"/> Facturación/pago/seguro médico |
| <input type="checkbox"/> Resumen de salud | <input type="checkbox"/> Notas sobre la evolución | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

(Sección opcional). Divulgue los expedientes de este período: desde _____ hasta _____
(fecha) (fecha)

Al escribir mis iniciales en los espacios a continuación, autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información médica, si dicha información existe: **ESCRIBA SUS INICIALES EN CADA UNO DE ESTOS ENUNCIADOS PARA AUTORIZAR LA DIVULGACIÓN**

- (Iniciales) _____ Información sobre el diagnóstico, tratamiento o información de remisión del trastorno por abuso de sustancias
- (Iniciales) _____ VIH/SIDA
- (Iniciales) _____ Análisis genéticos
- (Iniciales) _____ Salud mental, incluye evaluaciones y pruebas. *Los expedientes de salud mental no incluyen las notas de sesiones de psicoterapia.*

Continúa en la página siguiente...

Propósito:

Autorizo el intercambio o la divulgación de la información médica por las siguientes razones:

___ Coordinación de atención ___ Tratamiento ___ Pago
___ Otro: _____

Acuse de recibo y acuerdo:

Entiendo que un destinatario puede volver a divulgar la información recibida, a menos que lo prohíban las leyes federales/estatales o que se requiera mi consentimiento específico. Estoy consciente de que si el destinatario vuelve a divulgar mi información, es posible que se pierdan las protecciones de privacidad contempladas por la ley. Entiendo que los expedientes del tratamiento de trastorno por abuso de sustancias pueden estar protegidos bajo las regulaciones federales que gobiernan la Confidencialidad de Expedientes de Pacientes con Trastorno por Abuso de Sustancias (42 CFR Parte 2) y no pueden volver a divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que la ley permita o exija lo contrario. Si he nombrado a un intermediario, el intermediario puede volver a divulgar mi información sobre el trastorno por abuso de sustancias con proveedores de tratamiento verificados y puedo solicitar una lista de todas las divulgaciones directamente a través del intermediario. Entiendo que si mi información médica se utiliza o divulga para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, el destinatario podrá volver a divulgar la información médica, de conformidad con los permisos establecidos según la Norma de Privacidad, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés), excepto en el caso de usos y divulgaciones para procedimientos civiles, penales, administrativos y legislativos en mi contra.

Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, con cualquier miembro del personal de CCBH. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que firmar esta autorización no es una condición para obtener tratamiento, pago ni elegibilidad.

Esta autorización vencerá en un (1) año o cuando:
(ingrese la fecha o el evento de vencimiento): _____

Firma de la persona/del representante legal Nombre, en letra de imprenta Fecha

Envíe esta autorización de regreso de la siguiente manera:

Correo electrónico: BHBillingandRecords@clackamas.us
Fax: 503-742-5312
Correo postal: 11211 SE 82nd Avenue, Suite O
Happy Valley, OR 97086
Teléfono: 503-742-5335