



(Firmar con las iniciales) \_\_\_\_\_ VIH/SIDA  
(Firmar con las iniciales) \_\_\_\_\_ Análisis genéticos  
(Firmar con las iniciales) \_\_\_\_\_ Salud mental, que incluye evaluaciones y análisis. *Los registros de salud mental no incluyen las notas de psicoterapia.*

**Propósito:**

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

\_\_\_\_ Coordinación de la atención      \_\_\_\_ Tratamiento      \_\_\_\_ Pago  
\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**Reconocimiento y acuerdo:**

Comprendo que un receptor puede volver a divulgar la información recibida a menos que esté prohibido por la ley federal/estatal o si se requiere mi consentimiento específico. Tengo conciencia de que si el receptor vuelve a divulgar mi información, es posible que se pierdan las protecciones de privacidad proporcionadas por la ley. Comprendo que los registros del tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias pueden estar protegidos por las normas federales que rigen la Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Trastornos por Consumo de Sustancias (Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR] 42, Parte 2) y no puede divulgarse nuevamente sin mi consentimiento escrito, a menos que la ley lo permita o exija de otro modo. Si he designado a un intermediario, el intermediario puede divulgar nuevamente mi información sobre el trastorno por consumo de sustancias a proveedores tratantes verificados y puedo solicitar directamente al intermediario una lista de las nuevas divulgaciones. Comprendo que si mi información de salud se utiliza o se divulga para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, la información puede ser divulgada nuevamente por el receptor en cumplimiento con los permisos de la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), a excepción de los usos y divulgaciones para procedimientos civiles, penales, administrativos y legislativos en mi contra.

Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento ante cualquier miembro del personal de CCBH. Comprendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada como respuesta esta autorización. Comprendo que la firma de esta autorización no es una condición para recibir tratamiento, pago o elegibilidad.

Esta autorización vencerá en un (1) año, o:  
(inserte la fecha o evento que producirá el vencimiento): \_\_\_\_\_

Continúa en la página siguiente...

Firma de la persona/tutor legal

Nombre en letra de  
imprensa

Fecha

**Devuelva esta autorización de los modos siguientes:**

**Por correo electrónico:** BHBillingandRecords@clackamas.us

**Por fax:** 503-742-5312

**Por correo:** 11211 SE 82nd Avenue, Suite O  
Happy Valley, OR 97086

**Por teléfono:** 503-742-5335