



GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTAMENTO DE SALUD CONDUCTUAL

Autorización para utilizar o divulgar la información protegida de salud
(Incluidas la información sobre la salud mental y la información sobre el tratamiento y la prevención del alcoholismo/la drogadicción)

Nombre del paciente (en letra imprenta)	Número de identificación
Dirección	Fecha de nacimiento
Ciudad/Estado/Código postal	Otro/s nombre/s utilizado/s

<u>DIVULGAR LA INFORMACIÓN A:</u>	<u>INFORMACIÓN A SER DIVULGADA POR:</u>
Nombre/Título: _____	Nombre/Título: _____
Organización: _____	Organización: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____	N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____

INFORMACIÓN A DIVULGAR: autorizo y solicito, de forma voluntaria, la divulgación (incluidos el intercambio verbal, electrónico y por escrito) de mi historial clínico. Esto incluye la autorización específica para que se divulgue todo mi historial y demás información relacionada con mi tratamiento, hospitalización y atención ambulatoria, incluidos (*deberá tildar los siguientes ítems para que se divulgue la información correspondiente*):

- El abuso de drogas, alcoholismo o el abuso de otras sustancias.
- Los registros que puedan indicar la presencia de una enfermedad contagiosa o no contagiosa y los análisis para detectar VIH/SIDA.

Limitaciones a la divulgación de la información:

- Solo para fechas de servicio desde el _____ hasta el _____.
- Exclusiones (*si existen exclusiones, debe enumerarlas*): _____.
- Solo lo que figura a continuación (*si correspondiera, debe enumerar los documentos específicos*): _____.

INFORMACIÓN A SER UTILIZADA PARA LOS SIGUIENTES FINES (enumere): _____

CADUCIDAD: esta autorización caducará a los 365 días de la fecha en que se firmó el presente formulario a menos que se trate de alguno de los casos mencionados a continuación, caso en el cual expirará en la fecha más próxima:

- El _____ (no podrá exceder un plazo de 365 días contados a partir de la fecha de este formulario).
- El _____, cuando: _____ suceda.
(Fecha requerida) (Identifique un suceso específico)

DERECHO DE REVOCACIÓN: comprendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento mediante una notificación realizada por escrito y presentada ante la organización que fue autorizada para divulgar esta información. Comprendo que la revocación de esta autorización *no* afectará ninguna acción que la organización autorizada para divulgar esta información haya realizado antes de recibir mi notificación de revocación. Comprendo que mi derecho de revocar esta autorización podrá estar limitado si la finalidad de esta autorización implicara la solicitud de una póliza de seguro de salud o de vida.

OTROS DERECHOS: comprendo que la persona u organización que recibió esta información sin mi autorización no podrá divulgarla nuevamente de forma legal a menos que la ley así lo apruebe.

Comprendo que tengo derecho a revisar mi registro de información protegida de salud. Además, comprendo que no pueden negarme la inscripción o los servicios si decido no firmar este formulario. Sin embargo, puede que no se me permita solicitar beneficios o la renovación de beneficios que me ayudarían a pagar estos servicios.

FIRMA DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE PERSONAL:

Yo, _____, comprendo que, al firmar este formulario, autorizo el uso y la divulgación de la información protegida de salud antes mencionada.

Firma _____ Fecha _____

Escriba su nombre completo en letra imprenta _____

AUTORIDAD PARA ACTUAR EN NOMBRE DE UN PACIENTE (tilde alguna de las opciones):

Yo mismo ___ Padre/madre ___ *Representante personal _____ (incluidos los tutores legales y los apoderados)
Otro _____ (debe especificar): _____

Dirección: _____ N.º de teléfono _____
**Documentación acreditativa requerida para un representante personal. Adjunte una copia a este informe.*

FIRMA DEL MENOR: si el paciente tiene entre 14 y 18 años de edad, esta autorización no tendrá validez a menos que esté firmada por el paciente y por el padre/madre/tutor legal/otro representante personal. Un menor de cualquier edad podrá autorizar la divulgación de la información con su sola firma si (1) es un menor emancipado o (2) recibe tratamiento o servicios sin el consentimiento de sus padres o de su tutor legal.

Firma del menor: _____ Fecha: _____

Nombre completo en letra de imprenta: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección: _____

SE REQUIERE LA VERIFICACIÓN DE LA IDENTIDAD DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE PERSONAL QUE BRINDA EL CONSENTIMIENTO.

- Identificación personal (identificación con fotografía emitida por el gobierno). *Adjunte una copia.*
- Declaración verbal del oficial de gobierno o del proveedor de servicios del Departamento de salud conductual (Department of Behavioral Health).

Declare todo lo que le dijeron y por qué era razonable que usted confiara bajo tales circunstancias.

Si el formulario se envía por correo postal, la firma en el formulario deberá estar autenticada por un escribano o la persona que presta consentimiento deberá autenticar su firma ante un escribano o adjuntar una copia de su identificación emitida por el gobierno.

He verificado la identidad de la persona que presta el consentimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra imprenta: _____ Título: _____

Revoco la presente autorización con fecha efectiva el: _____ **Firma:** _____
(Fecha) (Paciente o representante personal del paciente y vínculo con el paciente)

PARA EL CUSTODIO DE REGISTROS:

1. Entregar una copia de esta autorización al paciente o a su representante personal.
2. Colocar el ejemplar original firmado en la historia clínica del paciente.
3. Registre esta autorización o envíela al oficial de privacidad o a la persona designada para que la registre.
4. Envíe una copia de este formulario con la información a divulgar.