



Forma De Consentimiento Para Varias Organizaciones Para El Desgloze De Información Médica, De Salud Mental y De Abuso De Sustancias

Por favor escriba claramente con letra de molde y complete la información requerida en cada sección.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____

Date of Birth _____

A través de esta forma, autorizo a estas organizaciones:

1. Primary Health Care, Inc., Centralized Medical Records Dept. 1200 University Ave., Suite 200, Des Moines, IA 50314 | Fax: (515) 248-1832
 - Including the substance use disorder program provided at/by: _____
2. _____
3. _____
4. _____

A comunicar y compartir entre estas organizaciones la siguiente información médica: Marque la información que desea sea desglosada:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mi nombre y mi información personal | <input type="checkbox"/> Lista de Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Mi estado como paciente en tratamiento de desorden de abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Lista de Alergias |
| <input type="checkbox"/> Evaluación inicial y evaluaciones subsecuentes de mis necesidades | <input type="checkbox"/> Carta de Vacunación |
| <input type="checkbox"/> Resumen del historial y resultados del tratamiento del desorden de abuso de sustancias y servicios de salud mental. | <input type="checkbox"/> Lista de Problemas |
| <input type="checkbox"/> Resumen del plan, adherencia al programa y progreso del tratamiento del desorden de abuso de sustancias y servicios de salud mental. | <input type="checkbox"/> Historial Médico y Físico |
| <input type="checkbox"/> Registro de asistencia del tratamiento del desorden de abuso de sustancias y servicios de salud mental. | <input type="checkbox"/> Resumen al ser dado de Alta |
| <input type="checkbox"/> Fecha de haber sido dado de alta del tratamiento del desorden de abuso de sustancias y servicios de salud mental. | <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Rayos-X/Imágenes |
| | <input type="checkbox"/> Reportes de Consulta |
| | <input type="checkbox"/> Información de Cobro |

El propósito de liberar esta información entre estas organizaciones es para evaluar mi necesidad de recibir tratamiento o cualquier otro servicios, al igual que para proveer y coordinar dichos tratamientos o servicios. Entiendo que estas organizaciones mencionadas tendrán comunicación entre ellas y compartirán mis archivos u otra información relacionada con mi salud en mi pasado, presente y futuro. Esto incluye tanto mi historial medico y mental, como el tratamiento de abuso de sustancias. Entiendo que toda la información que he indicado en esta forma sera compartida con todas las organizaciones seleccionadas. Para limitar la información a sólo ciertas organizaciones, o cierta información medica, existe una forma disponible aparte.

Este consentimiento expira automáticamente a partir de los 12 meses de la fecha de que se firme este documento, a no ser que yo revoque mi consentimiento previo. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento con excepción de cualquier acción que ya haya sido tomada bajo el consentimiento previo. Esto incluye la administración de tratamientos o servicios que fueron tomados durante la vigencia del consentimiento de liberar información a terceras personas. Petición para revocar el consentimiento debe ser transmitida por escrito a la organización adecuada.

Entiendo que el completar esta forma es un acto voluntario. Las organizaciones mencionadas no condicionarán tratamiento, pago, o elegibilidad de inscripción para recibir beneficios a partir de que complete esta forma.

Información médica protegida por HIPAA que sea desglosada a partir de esta autorización puede ser sujeta a ser desglosada de nuevo por el recipiente y puede ya no estar protegida. Este documento no autoriza la re-distribución de archivos de abuso de alcohol y otras sustancias o información médica que va más allá de los límites de este consentimiento. Esta información ha sido extraída y desglosada de archivos protegidos por reglamentos federales de confidencialidad para el abuso de alcohol/drogas,(42 C.F.R. Parte 2) o ley estatal para información relacionada con la salud mental y/o VIH (código de Iowa, capítulo 228). Las leyes federales y estatales prohíben la liberación de información más allá de lo ya estipulado, a menos que el desglose sea permitido de manera explícita por escrito por la persona a pertinente, o de otra maera sea permitido por regulaciones o leyes.

Una autorización general para la liberación de información médica o cualquier otra información NO es suficiente con esta forma. Reglas federales restringen el uso de cualquier información para uso de investigación criminal o enjuiciar a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

Firma del Paciente o Guadián Legal

Fecha

Dirección Completa

Ciudad, Estado, Código Postal

Relación con el Paciente (si no es el Paciente)

Firma de Testigo

Info. Sent: _____

Notice of prohibition on redisclosure sent: _____

Date: _____