

COLUMBIA COMMUNITY MENTAL HEALTH  
AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD  
PROTEGIDA

**SECCIÓN A: El nombre de la persona, o del grupo de personas, que puede autorizar el uso o la divulgación solicitada:**

Yo, \_\_\_\_\_, con fecha de nacimiento el \_\_\_\_\_, o mi representante autorizado, autorizo a Columbia Community Mental Health a divulgar mi información de salud protegida tal como se describe en la Sección B a continuación. Comprendo que:

1. El tratamiento, el pago o la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para obtener beneficios no se verán condicionados por mi autorización de este uso o divulgación.
2. Tengo derecho a obtener una copia de esta autorización.

**SECCIÓN B: Entidad autorizada a recibir o usar la información de salud protegida de la persona:**

*Nombre o describa específicamente la persona u organización a quien nos autoriza que le divulguemos o que posiblemente use la información de salud protegida descrita más abajo:*

Nombre de la entidad: \_\_\_\_\_

Dirección de la entidad: \_\_\_\_\_ Teléfono de la entidad: \_\_\_\_\_

Marque esta casilla si autoriza a esta entidad a divulgar la información seleccionada a continuación a Columbia Community Mental Health.

**SECCIÓN C: Información de salud protegida que se usará o divulgará:**

*Describa específica y correctamente el tipo de información de salud protegida que autoriza que se use o divulgue.*

- Información relacionada con los registros de salud mental
- Información relacionada con los registros de trastornos por consumo de drogas
- Información relacionada con los registros de VIH, SIDA, hepatitis B o hepatitis C
- Información relacionada con los registros de discapacidades de desarrollo/intelectuales

*Describa específica y correctamente la información de salud protegida que autoriza que se use o divulgue.*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinación de cuidado/comunicaciones   | <input type="checkbox"/> Expediente académico  |
| <input type="checkbox"/> Pedidos del médico/lista de medicamentos | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio (p. ej. análisis de orina, electrocardiograma, análisis de sangre, resonancia magnética/tomografía computarizada) |
| <input type="checkbox"/> Registros ocupacionales/sociales         | <input type="checkbox"/> Información genética  |
| <input type="checkbox"/> Estado de tratamiento/remisión           | <input type="checkbox"/> Resumen de alta médica  |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones                             | <input type="checkbox"/> Otra: _____   |
| <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento                      |  |
| <input type="checkbox"/> Notas del progreso                       |  |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico         |  |
| <input type="checkbox"/> Evaluación/pruebas psicológicas          |  |

**SECCIÓN D: Motivo para el uso o la divulgación:**

*Describa el motivo para el uso o la divulgación de esta información.*

La afirmación "a pedido de la persona" es una descripción suficiente del motivo cuando inicie la autorización y no proporcione una declaración del motivo, o elija no hacerlo.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SECCIÓN E: Firma:**

Yo, \_\_\_\_\_, he tenido la oportunidad de leer y analizar el contenido de esta autorización y confirmo que el contenido es coherente con mis indicaciones. Comprendo que, al firmar este formulario, confirmo mi autorización para que se use o divulgue a las personas u organizaciones nombradas en este formulario la información de salud protegida descrita en este formulario.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si a esta autorización la firma un representante personal en nombre de la persona, complete la siguiente información:

Nombre del representante personal: \_\_\_\_\_

Relación con la persona: \_\_\_\_\_

Descripción del poder para actuar por la persona: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN F: Prohibición de divulgación posterior:**

Esta autorización es para el uso y la divulgación de información de salud que involucra servicios de salud mental.

**AVISO QUE PROHÍBE LA DIVULGACIÓN POSTERIOR DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Tiene prohibido volver a divulgar esta información, a menos que se le permita expresamente a través del consentimiento escrito de la persona o de su representante personal que autoriza su uso o divulgación. (Estatutos Revisados de Oregon [Oregon Revised Statutes, ORS] 179.505[14])

Esta autorización es para la divulgación de información de salud que involucra tratamiento por drogas o alcohol.

**AVISO QUE PROHÍBE LA DIVULGACIÓN POSTERIOR DE INFORMACIÓN SOBRE TRATAMIENTO POR DROGAS O ALCOHOL**

Este aviso acompaña una divulgación de información sobre un cliente en tratamiento por drogas o alcohol, hecha con el consentimiento de dicho cliente. Esta información se le ha divulgado de registros protegidos por normas federales de confidencialidad (Título 42 del Código de regulaciones federales [Code of Federal Regulations, C.F.R.] Parte 2). Las normas federales le prohíben volver a divulgar esta información, a menos que se le permita expresamente a través del consentimiento escrito de la persona a quien le pertenece o según se lo permita el Título 42 del C.F.R. Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otro tipo de información NO es suficiente. Las normas federales restringen el uso de la información para investigar criminalmente o procesar al paciente con abuso de alcohol o drogas.

**SECCIÓN G: Expiración y revocación:**

Esta autorización expira (complete una):

El \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*Si no se indica una fecha de expiración, esta autorización expirará tres (3) años después de la fecha de firma.

Derecho a revocar: Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al brindar un aviso escrito de mi revocación a la oficina de contacto que figura a continuación. Comprendo que la revocación de esta autorización *no* afectará las acciones que se realizaron al amparo de esta autorización antes de que reciban mi aviso escrito de revocación.

Oficina de contacto: Expedientes Médicos

Teléfono: (503) 438-2166

Fax: 503-397-5373

Correo electrónico: medicalrecords@ccmh1.com

Dirección: 58646 McNulty Way, St. Helens, OR 97051