

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PARA PACIENTES PROTEGIDOS**

Este formulario se usa para autorizar la divulgación de la información médica protegida del paciente. Complete todas las secciones **requeridas** (→).

→ Nombre completo del paciente:	→ Fecha de nacimiento del paciente:
---------------------------------	-------------------------------------

A continuación, elija cómo CleanSlate y la Parte A pueden compartir o intercambiar la Información de salud protegida del paciente y la información de Identificación personal, verbal, escrita o de otra manera (en su conjunto "Registro del paciente").

→ Nombre de la fiesta A:

→ Ubicación:

→ Número telefónico:

→ Registro del paciente | Escoja los Registros del paciente que se divulgarán:

<input type="checkbox"/> Registro médico completo	<input type="checkbox"/> Adherencia al programa/tratamiento
<input type="checkbox"/> Información sobre facturación y programación	<input type="checkbox"/> Resumen de las pruebas de detección/análisis de orina
<input type="checkbox"/> Verificación de la dosificación	<input type="checkbox"/> Citas y programación
<input type="checkbox"/> Verificación del tratamiento	<input type="checkbox"/> Información sobre facturación/remisiones
<input type="checkbox"/> Otros: describa los "otros" tipos de registros que se pueden compartir:	

**Propósito del Registro del paciente | Los Registros del paciente escogidos arriba se usarán para (describa brevemente):**  
 COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN

Los Registros del paciente se revelarán en las siguientes fechas:	→ Desde:	→ Hasta:
---	----------	----------

<b>CASILLA DE NUEVA DIVULGACIÓN</b>	<p><b>AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DEL REGISTRO DEL PACIENTE DEL TRATAMIENTO POR ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS:</b>                  El Médico de Atención Primaria/Nombre del consultorio (señalado arriba) está autorizado para divulgar nuevamente mis Registros del paciente indicados arriba para:                  → Compañía de seguros: _____                  Otros: _____                  Si mi autorización no se proporciona directamente arriba, no autorizo a mi Médico de Atención Primaria (señalado arriba) para divulgar nuevamente, intercambiar o compartir mis Registros del paciente con nadie, salvo de cualquier otro modo permitido o exigido por la ley.</p>
-------------------------------------	---

→ Esta autorización vencerá el \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_ (la autorización se puede conceder hasta por 1 año después de la fecha de la firma a continuación) o vence automáticamente a los 30 días de la fecha de la firma (si no se especifica la fecha de vencimiento).

**POR FAVOR, LEA** → Entiendo que las regulaciones federales y estatales que rigen la Confidencialidad de los Registros de Pacientes relacionados con Abuso de Alcohol y Drogas (p.ej., Parte 2 del Título 42 del CFR, HIPAA) protegen mi privacidad y confidencialidad. Puedo revocar por escrito esta Autorización que permite el acceso a mis Registros del paciente en cualquier momento, siempre y cuando CleanSlate Centers no haya ya tomado alguna acción en relación con esto. Reconozco que puede ocurrir que alguien que reciba mis Registros del paciente de acuerdo con esta Autorización pueda divulgar nuevamente mis Registros del paciente, o darles cualquier otro uso compartido o intercambio, como se describe arriba, sin mi consentimiento por escrito, lo que puede resultar en una pérdida de la protección de mi privacidad. Sé que tengo el derecho de solicitar una rendición de cuentas de las divulgaciones de mis Registros del paciente. Entiendo además que CleanSlate Centers no pondrá como condición para mi tratamiento en CleanSlate Centers la firma de esta Autorización, con excepción de lo permitido por la ley. He leído, entendido y aceptado esta Autorización y libremente autorizo el uso y la divulgación de mis Registros del paciente como se ha indicado arriba.

→ Firma \_\_\_\_\_

→ Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

→ Fecha \_\_\_\_\_