

Patient MRN \_\_\_\_\_  
Patient DOB \_\_\_\_\_



604 Rose Ave.  
Venice, CA 90291  
(310) 392-8636  
FAX (310) 392-7875

## Autorización para divulgar información sobre su salud

Yo, \_\_\_\_\_,  
*[nombre del paciente]*

autorizo a El programa SUMMIT de Venice Family Clinic (VFC)  
*[nombre del programa o individuo haciendo la revelación]*

a revelar Todos los tratamientos y registros sobre trastornos por uso de sustancias  
*[describa cuanto y que tipo de información se puede dar]*

a todos los departamentos y programas de Venice Family Clinic  
*[nombre de la entidad y proveedor el cual recibirá la información]*

Con el propósito de Coordinación de cuidado.  
*[describa el propósito de revelar; lo más específico posible]*

### **Amplitud de Revelar:**

- |                                                              |                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Resultados de la prueba de drogas   | <input checked="" type="checkbox"/> Manejo de caso/coordinación de cuidado       |
| <input type="checkbox"/> Resultados de prueba de laboratorio | <input checked="" type="checkbox"/> Registros de trastornos de uso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos                        | <input type="checkbox"/> Registros de atención primaria                          |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA prueba e información       | <input type="checkbox"/> Registros sobre su salud mental                         |

Otros (especifique): Todos los tratamiento y registros de trastornos por uso de sustancias

Entiendo que los registros de trastornos por uso de sustancias están protegidos por las regulaciones federales que regulan Confidentiality and Substance Use Disorder Patient Records (*la confidencialidad y los registros de pacientes por trastornos de uso de sustancias*), 42 C.F.R. Parte 2, y la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA) de 1996 (*Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud*), 45 C.F.R. pts 160 y 164, y no pueden ser divulgados sin el consentimiento por escrito del paciente a menos que las regulaciones dispongan lo contrario.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado una decisión al respecto. A menos que revoque mi consentimiento anteriormente, este consentimiento se vencerá automáticamente de la siguiente manera:

**Hasta que el/la paciente ya no reciba servicios médicos o de uso de sustancias en VFC** \_\_\_\_\_.

*[Especifique la fecha en que se vencerá este formulario]*

Entiendo que se me pueden negar los servicios si me niego a dar mi consentimiento para una divulgación con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, si lo permite la ley estatal. No se me negarán los servicios si me niego a dar mi consentimiento para una divulgación con otros fines.

Me han proporcionado una copia de este formulario.

*Fechado el:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente*

\_\_\_\_\_  
*Firma de la persona autorizada, si no es el paciente*

*Describe la autoridad para firmar en nombre del paciente* \_\_\_\_\_

Fecha de revocación: \_\_\_\_\_ Nombre del personal: \_\_\_\_\_