

Nombre:  
Unidad #:  
MRN #:

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN Y OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Nombre del cliente/consumidor/paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Por el presente, autorizo a University Behavioral Health Care a: (Marque)

\_\_\_\_\_ Divulgar mi información médica protegida según se indica a continuación **PARA:**  \_\_\_\_\_ \*Obtener mi información médica protegida **DE:**  
\_\_\_\_\_ Analizar mi información médica protegida **CON:**

Nombre de la persona u organización \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico (si corresponde) \_\_\_\_\_

\*En el caso de la información de salud protegida autorizada para revelarse a UBHC, comuníquese con el siguiente personal o programa de UBHC:

Información que se divulgará/divulgará: (Marque)

\_\_\_\_\_ Período/transerencia/resumen de alta \_\_\_\_\_ Evaluación \_\_\_\_\_ Plan de tratamiento \_\_\_\_\_ Diagnóstico/Lista condiciones \_\_\_\_\_ Nota de avance  
\_\_\_\_\_ Pruebas de laboratorio \_\_\_\_\_ Examen toxicológico de orina \_\_\_\_\_ Lista de medicamentos \_\_\_\_\_ Carta/formulario(s) Otro(s) : \_\_\_\_\_

**Comprendo que esta autorización incluye la autorización para analizar y/o divulgar información relacionada con los antecedentes, diagnóstico y/o tratamiento de cualquier problema psiquiátrico, enfermedad mental, abuso de drogas, alcoholismo, resultados de pruebas de ADN/información genética, enfermedad de transmisión sexual o infecciosa, SIDA o prueba de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Si desea no revelar cualquiera de la información anterior, debe indicarlo a continuación. De lo contrario, se divulgará esta información.**

**No deseo divulgar lo siguiente:** \_\_\_\_\_

Objetivo de la divulgación (por ejemplo, solicitud individual, discapacidad, apoderado, escuela, etc.) \_\_\_\_\_ Fechas aproximadas del tratamiento \_\_\_\_\_

**Si no se revoca anteriormente, esta autorización vencerá en cuatro (4) meses a partir de la fecha en que se firmó o según se especifique a continuación (hasta una año):**

1. Comprendo que esta autorización puede revocarse en cualquier momento al enviar un formulario de revocación de autorización completado al Departamento de Gestión de Información de Salud, excepto en la medida en que el UBHC ya haya tomado medidas en base a esta autorización.
2. Comprendo que mis registros de tratamiento de alcoholismo y medicamentos están protegidos por las reglamentaciones federales 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR) parte 2 y por la Ley de Regulaciones Federales 45 (HIPAA) partes 160 y 164 y no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito, a menos que se lo indique de otro modo en las reglamentaciones. Las personas que reciben información confidencial pueden no divulgar dicha información si la información incluye el consumo o tratamiento de drogas o alcohol.
3. Reconozco que Nueva Jersey tiene un privilegio legal en relación a las comunicaciones confidenciales entre un paciente con un psicólogo con licencia y que mi firma en este formulario renuncia a este privilegio.
4. Reconozco y comprendo que los usos y las divulgaciones de mi información pueden estar sujetos a una re-divulgación por parte del receptor y pueden no estar protegidos por las leyes federales de privacidad.
5. Comprendo que UBHC no tomará decisiones con respecto al tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios basadas en la firma, la negativa a firmar o la revocación de esta autorización.
6. Una fotocopia o fax y copia DocuSigned de este formulario es tan válida como el original.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del cliente/consumidor/paciente (si tiene 14 años o más, debe firmar por sí mismo) \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre, tutor o representante autorizado \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_