

RELEASE OF INFORMATION- ES

CLÁUSULA DE REVOCACIÓN: Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.

Revocación por Escrito:

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.

Cláusula de Revocación Verbal:

Toda revocación debe realizarse por escrito, a menos que la revocación sea para el Tratamiento de Abuso de Sustancias, en cuyo caso se acepta una revocación verbal.

Re-divulgación:

Aviso que debe acompañar la divulgación, cada divulgación realizada con el consentimiento escrito del paciente debe ir acompañada de la siguiente declaración escrita:

Esta información le ha sido divulgada a usted a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las normas federales prohíben que usted haga una divulgación adicional de esta información, a menos que dicha divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que se refiere, o según lo permita de otro modo la parte 2 del 42 CFR. Una autorización general para divulgar información médica u otra información **NO** es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de la información con el fin de investigar o procesar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.

Entiendo que mis registros relacionados con trastornos por uso de sustancias están protegidos por las regulaciones federales

Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Trastornos por Uso de Sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), 45 C.F.R. partes 160 y 164, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento escrito, salvo que lo permitan dichas regulaciones.

Condiciones:

Además, entiendo que Confianza Health no condicionará mi tratamiento a que otorgue autorización para la divulgación solicitada. Sin embargo, se me ha explicado que el no firmar

esta autorización puede tener las siguientes consecuencias.

Autorizo a Confianza Health a divulgar la información que se indica a continuación a través de comunicación verbal o escrita.(Marque todas las que correspondan): *

- ☐ Información de tratamiento
- ☐ Registros de salud mental (evaluaciones, planes de tratamiento, notas de psicoterapia, actualizaciones de progreso)
- ☐ Información de facturación/reclamaciones
- ☐ No autorizo dar informacion

Otro: *

Esta información será utilizada para los siguientes propósitos: (Marque todas las que correspondan) *

- ☐ Coordinación de atención
- ☐ Propósitos legales
- ☐ Uso personal
- ☐ Intervención en crisis o planificación de seguridad
- ☐ Referencias a otros proveedores
- ☐ Requisitos ordenados por la corte
- ☐ Solicitudes de registros por parte de abogados
- ☐ Coordinación con bienestar infantil o DCS
- ☐ Solicitudes de discapacidad o beneficios (SSI/SSDI, AHCCCS, VA, etc.)
- ☐ No autorizo dar informacion

Other *

Por favor proporcione el nombre de la persona con la que le gustaría que coordinemos en su nombre: *

Por favor proporcione la información de contacto de la persona con la que le gustaría que coordinemos en su nombre: *

Esta información proviene de archivos confidenciales y, por ley, **no puede divulgarse sin el consentimiento escrito de la persona afectada**. Los registros relacionados con el **abuso de sustancias** solo pueden divulgarse con el consentimiento escrito, de acuerdo con **42 CFR Parte 2**.

La **información relacionada con enfermedades contagiosas**, conforme a este formulario, **no puede divulgarse sin una autorización escrita específica**, según **A.R.S. 36-664 (H)**.

Person signing document *

Signature: * **x** _____

Date: