



OFICINA PRINCIPAL
LE MARS
180 10th St. SE, Suite 201
P.O. Box 70 • Le Mars, Iowa 51031-0070
712-546-4624 • 1-800-325-1192
FAX 712-546-9395
www.plainsareamentalhealth.org

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN Y/O INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL
FINANCIERA Y DE PAGO

PARA: _____
Agencia/Tercero encargado del pago

FECHA DE EXPIRACIÓN: Entiendo que esta autorización es efectiva hasta lo que ocurra primero: (i) la terminación de todos los servicios al Paciente, o (ii) si se completa lo siguiente: _____ (fecha en que expira esta autorización).

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

NÚMERO DE FAX: _____

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

CON RESPECTO A: NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

AUTORIZO A: PLAINS AREA MENTAL HEALTH

A DIVULGAR: Cualquier información de mi expediente médico que pueda ser necesaria para completar las cláusulas de reembolso a mi compañía de seguros, organización de proveedores preferidos, organización de mantenimiento de la salud, organización o agencia de revisión de la utilización. Entiendo que estoy autorizando la divulgación que incluye los registros de salud mental y de trastornos por uso de sustancias que están protegidos bajo las regulaciones federales que rigen la confidencialidad y los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA), 45 C.F.R pls 160 y 164, y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones.

Entiendo que las divulgaciones pueden incluir: diagnósticos o procedimientos realizados y, a petición de la compañía de seguros, la organización de proveedores preferidos, la organización de mantenimiento de la salud, la organización o agencia de revisión de la utilización, mi registro completo puede ser objeto de revisión.

También estoy proporcionando permiso de divulgación para liberar cualquier información necesaria a Hawkeye Adjustment Services, Sioux City, IA con el propósito de la colección si no cumpla con mi acuerdo de pago. La información que se divulgará a la agencia de cobros incluye información demográfica y el saldo pendiente. Los intentos de cobrar el deducible del seguro o los copagos no pagados se harán antes de la divulgación a la agencia de cobros.

Se acepta como original la información enviada por fax.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en respuesta a ella. Además, 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 consentir una divulgación para otros fines.

Cedo todas las prestaciones del seguro que me corresponden a PLAINS AREA MENTAL HEALTH.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Firma del personal de Plains Area Mental Health: _____

Fecha: _____

____ Entiendo que puedo revisar la información divulgada con personal profesional. ____ Sí ____ No

La confidencialidad de la información de salud mental está protegida por la ley federal y estatal, es decir, el capítulo 228 del Código de Iowa y las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad de los Registros de Clientes de Abuso de Alcohol y Drogas, 42 CFR Prt. 2, y no puede ser divulgada sin el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por el 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con trastorno por consumo de sustancias. La divulgación no autorizada puede dar lugar a daños civiles y sanciones penales. Autorización PAMHC revisada el 11/6/18

OFICINAS SATÉLITE:

CARROLL
P.O. Box 794
Carroll, IA 51401-0794
712-792-2991

CHEROKEE
P.O. Box 972
Cherokee, IA 51012-0972
712-225-2575

IDA GROVE:
P.O. Box 168
Ida Grove, IA 51445-0168
712-364-3500

ORANGE CITY
P.O. Box 70
Le Mars, IA 51031-0070
800-325-1192

STORM LAKE
P.O. Box 150
Storm Lake, IA 50588-0150
712-213-8402

DENISON
P.O. Box 426
Denison, IA 51442-0426
712-263-3172