



**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 EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD MENTAL - GENERAL INDIVIDUAL**

PARA: \_\_\_\_\_

Individuo

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 DEL CLIENTE: \_\_\_\_\_

Proveedor(es) de servicios PAMHC: \_\_\_\_\_

El intercambio de la siguiente información ha sido autorizado por el cliente arriba mencionado: Se acepta como original la información enviada por fax.

Sí No

- \_\_\_\_ Evaluación psicológica/compreensiva
- \_\_\_\_ Historial social pertinente
- \_\_\_\_ Resumen de alta o de cierre
- \_\_\_\_ Evaluación psiquiátrica
- \_\_\_\_ Información médica pertinente
- \_\_\_\_ Pronóstico o respuesta al tratamiento (resumen de la evolución)
- \_\_\_\_ Participación en el tratamiento

La información que se divulgue en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida por la Regla de Privacidad, a menos que esté protegida en virtud del Código Federal 42 CFR Parte 2.

Entiendo que PAMHC no puede negarme el tratamiento si me niego a firmar esta autorización.

Otro: \_\_\_\_\_

El propósito específico o la necesidad de la divulgación de la información anterior es: \_\_\_\_\_

**Firma del Cliente:** \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

(El cliente debe firmar independientemente de su edad)

**Firma del representante autorizado:** \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

(La firma de los padres/tutores no es necesaria para que los menores soliciten servicios de SUD en el marco de la Parte 2, pero sí lo es para los servicios de MH)

**Relación con el Paciente:** \_\_\_\_\_

(Si se firma en nombre del cliente)

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento dando por escrito al Centro de Salud, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de la misma.

**Firma del testigo del personal de PAMHC:** \_\_\_\_\_

Aviso a Plains Area Mental

Fecha: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA POR LAS LEYES ESTATALES Y FEDERALES**

**Autorizo específicamente la divulgación de información relacionada con los siguientes registros de atención médica, a menos que se indique lo contrario:**

\_\_\_\_ Información sobre salud mental    \_\_ Abuso de sustancias    \_\_\_\_ Información sobre el VIH

\_\_\_\_ Información genética (pruebas genéticas, asesoramiento genético o educación)

\_\_\_\_ 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 por 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 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 trastornos por consumo de sustancias. La divulgación no autorizada puede resultar en daños civiles y sanciones penales. Autorización de PAMHC Revisada el 15/8/17.