

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Sección 1: Propósito de la Utilización o Divulgación de Información Médica Protegida

El propósito de esta Autorización para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida es de permitir a los proveedores de salud a compartir información médica protegida con Crisis Response Network, Inc., para que Crisis Response Network, Inc. pueda evaluar mi elegibilidad para recibir servicios de Enfermedad Mental Grave (SMI). Ley federal y estatal prohíbe a los proveedores de salud a que compartan mi información médica sin mi permiso excepto en ciertas situaciones. Al firmar esta autorización, les doy permiso a mis proveedores de atención médica para que puedan compartir mi información médica con Crisis Response Network, Inc.

Sección 2: Solicitante Cuya Información Médica Sera Usada o Divulgada

Apellido		Nombre		Inicial de Segundo Nombre	
Numero Seguro Social		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA)		Numero de Teléfono (con código de área)	
Domicilio		Ciudad		Estado	Código Postal

Sección 3: Proveedores Dirigidos/Autorizados a Utilizar o Divulgar Información Médica Protegida

Nombre del Proveedor		Numero de Teléfono (con código de área)	
Dirección		Ciudad, Estado, y Código Postal	
Nombre del Proveedor		Numero de Teléfono (con código de área)	
Dirección		Ciudad, Estado, y Código Postal	
Nombre del Proveedor		Numero de Teléfono (con código de área)	
Dirección		Ciudad, Estado, y Código Postal	

[Si es necesario, agregue hojas adicionales.]

Sección 4: Tipo de Información Médica que será Usada o Divulgada

Yo autorizo el uso y la divulgación de mi información médica necesaria para evaluar mi elegibilidad para recibir servicios de Enfermedad Mental Grave (SMI). **Además de mi información médica general (por ejemplo, recetas, consultas, notas de servicios, registros de hospital, etc.), entiendo que puede incluir la divulgación de mi salud mental, tratamiento de abuso de alcohol u otras drogas, e información de discapacidad de desarrollo mental, incluyendo diagnósticos, planes de tratamiento, pronóstico y medicamento(s).**

Además, autorizo el uso y divulgación de mi:

Información relacionada con el VIH: ___ Si ___ No

Información relacionada con otras enfermedades transmisibles: ___ Si ___ No

Información Genética: ___ Si ___ No

Para las siguientes fechas: _____

Sección 5: Fecha de Vencimiento de esta Autorización

Esta autorización permanecerá efectiva durante **un año** a partir de la fecha firmada a menos que designe una fecha de caducidad específica, evento, o condición aquí: _____

Sección 6: Revocación de esta Autorización

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Para revocarla tengo que informarle a Crisis Response Network, Inc. Por escrito al 1275 W. Washington, Suite 102, Tempe, Arizona 85281. La revocación será efectiva salvo en la medida en que Crisis Response Network, Inc. ya ha utilizado o revelado mi información de salud al amparo de esta autorización.

Sección 7: Derechos y Avisos

Entiendo lo siguiente:

- Firmar de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no estará condicionado al firmar esta autorización.
- Mi información divulgada en virtud de esta autorización está sujeta a ser revelada por el destinatario y no puede estar protegida por los términos de esta autorización, o por las normas de privacidad federales y estatales. Toda divulgación de mi información médica protegida por Reglamento Federal 42 CFR Parte 2 será acompañada de un aviso para informar al destinatario que la divulgación secundaria de la información está prohibida excepto como lo permite la ley.
- Yo debo proporcionar una copia firmada de esta autorización.

Sección 8: Autorización del Solicitante/Representante Legal del Solicitante

Firma del Solicitante

Fecha de la firma

Firma del Representante Legal (si aplica)*

Fecha de la firma

Si es firmado por un Representante Legal, complete lo siguiente:

1. El Solicitante es: un menor legalmente incompetente o incapacitado fallecido
2. Autoridad Legal: padre guardián legal pariente/ejecutor de difunto activado
POA de salud

* Si el solicitante es menor de 18 años de edad, es preferible que firme junto con la firma necesaria del padre o representante legal.