

Mid Shore Behavioral Health, Inc.

Autorización para Divulgación de Información Confidencial

Envíe por fax los materiales solicitados al 410-770-4809

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Divulgación de información

Por la presente autorizo: _____ o Mid Shore Behavioral Health, Inc.

y

Para divulgar información de salud, incluidos registros psiquiátricos y de abuso de sustancias, de los registros médicos de la persona mencionada anteriormente con el siguiente propósito: aclarar el diagnóstico, formular un plan de tratamiento y cuidados posteriores.

Divulgar información a:

(Seleccione todas las opciones que corresponda)

- Mid Shore Behavioral Health, Inc.
- Agencia de servicios básicos/Autoridad local de salud conductual _____
- Otro _____

Para la(s) fecha(s) de tratamiento: _____ o Cualquiera/todas las fechas de tratamiento anteriores en su centro

Tipo de información solicitada:

- Resumen de alta
- Resumen de trabajo social
- Registros de tratamiento diario
- Informes de laboratorio
- Resumen de admisión
- Tratamiento de drogas
- Historial de medicamentos
- IEP
- Pruebas psicológicas
- Otro _____

Esta autorización vencerá en un año a partir de la fecha firmada a continuación, a menos que se mencione aquí una fecha de vencimiento o condición específica: _____. La autorización cubre únicamente el tratamiento para las fechas especificadas anteriormente. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización para la Divulgación de información confidencial y que autorizar la divulgación es voluntario. Entiendo que puedo inspeccionar la información que se usará o divulgará, según lo dispuesto en CFR 186.524.

Yo, el abajo firmante, he leído lo anterior y autorizo al personal del centro mencionado, encargado de divulgar, a divulgar dicha información como se describe en este documento. Entiendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya actuado en función de esta. Reconozco que el material autorizado para su divulgación puede contener información sobre alcohol, abuso de drogas, psiquiátrica, pruebas de VIH, resultados de VIH o SIDA. Entiendo que la divulgación de información de salud a un tercero que no sea el designado anteriormente está prohibida sin autorización adicional de mi parte. Entiendo que la información de salud utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario, a menos que la información de salud esté protegida por las normas federales de confidencialidad 42 CFR Parte 2 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996, 45 CFR partes 160 y 164. Esta entidad queda liberada de cualquier responsabilidad y el abajo firmante eximirá de responsabilidad al centro por cumplir con esta "Autorización para la divulgación de información confidencial".

Fecha _____

Firma _____

Fecha _____

Testigo _____