



Autorización para la publicación de registros

Nombre del/ de la cliente Inicial del segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento # de Cliente (si se conoce)

Partes que comparten información

Fundación Amherst H. Wilder | Programas Wilder | 451 Lexington Parkway N | St Paul, MN 55104 | 651-280-2101 (T) | 651-280-3995 (F)

Por la presente autorizo a la Fundación Amherst H. Wilder a: Intercambiar con Obtener de Liberar a

Instalación/Nombre individual Dirección (Calle | Apto/Edificio | Ciudad | Estado | Código Postal)

Teléfono Fax

Wilder publica un año de registros a menos que se seleccione un intervalo de fechas específico: Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Wilder publicará sus registros que contienen información sobre salud mental, trastorno por consumo de sustancias u otra información de salud, incluyendo lo siguiente: Si es específico al tratamiento del trastorno por uso de sustancias, marque la casilla:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estudios/Evaluaciones | <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Notas de visita/progreso | <input type="checkbox"/> Resúmenes de descargo/cierres |
| <input type="checkbox"/> Registros de compromiso/judiciales | <input type="checkbox"/> Registros de servicios de terceros que no son de Wilder |
| <input type="checkbox"/> Comunicación y registros escolares | <input type="checkbox"/> Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Registro completo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Resultados de análisis de orina/alcohol en sangre | |

Si el/la cliente es menor de 18 años, solo el/la menor podrá dar su consentimiento para la divulgación de la siguiente información:

- Estado de VIH/SIDA Infecciones de transmisión sexual Abuso de sustancias

Motivo de la liberación:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tratamiento/Cuidado Continuo/Coordinación de Servicios | <input type="checkbox"/> Evaluación escolar/Seguro para |
| <input type="checkbox"/> necesidades de educación especial/Pago | <input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Legal | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Método de liberación: Completa Correo electrónico: _____
 mente oral Correo postal _____
 Fax _____

¿Cifrado de correo electrónico? Sí No- Seleccionar esta opción significa que la información que se envía podría ser visible para otros y no está asegurada

Esta versión expirará en un año a menos que se indique aquí: Cuando ya no soy cliente de Wilder Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Entiendo que al firmar esta autorización:

- ❖ Mi información de salud está protegida por las leyes y regulaciones federales y estatales de privacidad. La divulgación/liberación solo está permitida con mi autorización, excepto en circunstancias limitadas como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Fundación Wilder.
- ❖ Tengo derecho a inspeccionar y recibir una copia de mis registros que puedan ser divulgados a otros, según lo dispuesto por las leyes aplicables.
- ❖ Puedo revocar esta autorización notificando por escrito al equipo de Registros Médicos de la Fundación Wilder. Esto no se aplicará a medidas ya adoptadas.
- ❖ Una vez que Wilder publica los registros, Wilder no puede evitar que se compartan con un tercero. En ese momento, es posible que los registros ya no estén protegidos por las leyes de privacidad estatales y federales. Las regulaciones federales de confidencialidad (42 CFR, parte 2) prohíben la re-divulgación de información de los registros de tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

- ❖ Para divulgaciones que no sean a fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, es posible que el tratamiento no esté condicionado a mi consentimiento para firmar esta autorización.
- ❖ Una fotocopia de este formulario es tan válida como el original y recibiré una copia de este formulario firmado o a petición.

Firma

Aclaración

Fecha de hoy

Relación con el Cliente (si corresponde)

*** Aviso que prohíbe la re-divulgación de información sobre abuso de alcohol o drogas**

Este registro que se le ha divulgado está protegido por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de este registro a menos que dicha divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona cuya información está siendo divulgada en este registro o está permitida de otra manera por 42 CFR, Parte 2.a Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

INFORMACIÓN DE/DE LA CLIENTE	Escriba claramente el nombre completo y la fecha de nacimiento del/de la cliente. Esta información se utiliza para identificar su información específica como cliente y para asegurarse de que solo se divulgue su información.
PARTES QUE COMPARTEN INFORMACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono del Programa Wilder que divulga la información. ❖ Escriba el nombre, la dirección, el número de teléfono y el fax de la persona u organización autorizada para recibir esta información.
INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ (La política de Wilder es responder dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Indique qué información será divulgada marcando todas las casillas que correspondan. ❖ Si puede opte por limitar la información que se envía a una(s) fecha(s) o año(s) determinado(s) indicando que en la línea proporcionada. ❖ Si selecciona Registro Completo del Cliente, el registro completo se enviará excepto por la información confidencial (tratamiento/derivación por abuso de alcohol y drogas, infección de transmisión sexual, tratamiento relacionado con el VIH/SIDA y/o salud mental/psicológica) ❖ Debe indicar específicamente su autorización para divulgar información sensible relacionada con el diagnóstico, estado y tratamiento psicológicos/de salud mental; diagnóstico y tratamiento por abuso de alcohol y drogas; VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual.
* INFORMACIÓN DE TERCEROS QUE NO SON DE WILDER	Wilder solo divulgará información de terceros cuando el/la cliente lo autorice específicamente y/o solicite hacerlo. Wilder no puede garantizar la integridad de la información de terceros o si representa la información más actualizada disponible.
** AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SENSIBLE ESPECÍFICA	La ley de Minnesota permite a un/a menor (una persona menor de 18 años) dar su consentimiento para que sus propios servicios médicos, mentales u otros servicios de salud determinen la presencia o tratamiento del embarazo y las condiciones asociadas con enfermedades venéreas y/o abuso de alcohol y otras drogas (Minn. Stat. 144.343, Subd. 1). Por esta razón, Wilder solo divulgará esta información con la autorización del/ de la menor y no se requiere ninguna autorización adicional.
RAZÓN DE LA LIBERACIÓN	Indique el motivo de la liberación de la información marcando la casilla correspondiente.
MÉTODO DE LIBERACIÓN Y ENCRIPCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	<p>Marque la casilla correspondiente.</p> <p>Intercambio con = dar/recibir registros a/de instalaciones/individuos</p> <p>Obtener de = recibir registros de instalaciones/individuos</p> <p>Liberar a = entregar registros a la instalación/individuo (incluido/a usted mismo/a)</p>
VENCIMIENTO	<p>El vencimiento es cuando esta autorización terminará. El/la cliente tiene la opción de indicar que la autorización expirará al final de su relación de tratamiento con Wilder, en una fecha específica o después de un evento específico. Si no se selecciona ninguno de estos, la autorización expirará un año a partir de la fecha en que se firme el formulario.</p> <p>(NOTA: De acuerdo con la Ley de Registros de Salud de Minnesota, un consentimiento [para la liberación de registros de salud] es válido por un año o por un período especificado en el consentimiento o por un período diferente proporcionado por la ley. Véase Minn. Stat. § 144.293, subd. 4.</p>
FIRMA PARA AUTORIZAR LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN	<p>Si usted es la persona cuya información será divulgada o un padre/madre autorizando la divulgación de información, debe firmar y fechar esta sección. Para excepciones a la autorización de los padres, véase **»Autorización para la divulgación de información confidencial específica» anterior.</p> <p>Si usted es el/la Representante Personal, no se requiere la firma del/de la cliente. Sin embargo, debe proporcionar la información, firma y fecha solicitadas. Una copia de la autoridad legal, tal como una Directiva de Atención Médica que lo/la nombra a usted como agente u otro documento legal, debe estar registrada o presentada con este formulario.</p>