



Southwest Behavioral & Health Services
Formulario de solicitud de divulgación de información y registros

Marque solo UNA de las siguientes opciones:

☐

Marque aquí si desea liberar / enviar sus registros

☐

Marque aquí si desea solicitar sus registros

☐

Marque aquí si desea liberar y solicitar sus registros

Como quiere que los
registros sean enviados?

☐

Correo

☐

Formato digital por correo
(Se requiere un mínimo de
50 páginas)

☐

Correo electrónico
(incluye la dirección):

Fechas de Servicios (de los registros que se
enviarán)

☐

últimos 60 días

☐

últimos 90 días

☐

últimos 12 meses

☐

Otro (incluya las fechas):

a

Yo,

Nombre del Paciente

Número de Seguro Social

Fecha de Nacimiento

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono

Autorizar lanzamientos y/o solicitudes de grabación según lo seleccionado en este documento entre:

Southwest Behavioral & Health Services

Agencia/Nombre del Proveedor

Teléfono

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal

Fax

Y

Agencia/Nombre del Proveedor

Teléfono

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal

Fax

Aviso al Destinatario: El 16 de febrero de 2024, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), a través de la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA) y la Oficina de Derechos Civiles, anunció una norma final que modifica la normativa sobre la Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Trastornos por Consumo de Sustancias (SUD) del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), parte 2. Esta modificación permite un único consentimiento para todos los usos y divulgaciones futuros con fines de tratamiento, pago y atención médica. También permite a las entidades cubiertas por la HIPAA y a los socios comerciales que reciben registros bajo este consentimiento volver a divulgarlos de acuerdo con la normativa de la HIPAA. Sin embargo, se requerirá un consentimiento por separado para el uso y la divulgación de las notas de Consejería sobre SUD.

Información Solicitada. Seleccione todo lo que aplique:

☐

Evaluación Clínica

☐

Evaluación Psiquiátrica

☐

Planes de Tratamiento/Servicio X

☐

Notas de Servicios Clínicos

☐

Resultados de Análisis/Laboratorios Médicos X

☐

Información de SIDA/VIH

☐

Resumen de Alta

☐

Divulgación verbal sobre tratamiento X

☐

Evaluación Psicológico

☐

Medicamentos

Otro (Especifique)

Propósito de la Solicitud:

Se requiere un propósito para la solicitud/divulgación para las solicitudes de terceros. Esta sección identifica a la parte autorizada y al firmante la razón por la que se solicitan registros y/o el motivo para el cual se utilizarán los registros. No se requiere propósito cuando los miembros solicitan sus propios registros. Entiendo que en cualquier momento puedo revocar esta autorización por medio de un escrito a SBH de acuerdo con las Directivas y Procedimientos de SBH. La revocación será efectiva excepto en la medida en que esta autorización ya ha sido completada. Puede referirse al Aviso de Prácticas de Privacidad de SBH para más información sobre sus derechos en las leyes federales (HIPAA: 45 CFR 160-164)

La Autorización vence:

☐

1 año a partir de esta fecha

☐

Otro:

(otra fecha – no más de un año)

Firma del Paciente/Tutor Legal

Fecha

Otra Firma Requerida (si aplica)

Testigo (si el/la paciente no puede firmar)

*Si el paciente tiene entre 12 y 17 años de edad, es posible que se requiera tanto su firma como la del padre/tutor legal.