



ESTADO DE MISSOURI

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA/DE SALUD PERTINENTE AL USUARIO

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo y solicito  
(NOMBRE DEL USUARIO, PADRE, TUTOR LEGAL/REPRESENTANTE LEGAL)

**Marque todo lo que corresponda:**

- Departamento de Salud Mental (DMH, por sus siglas en inglés)     Departamento de Salud y Servicios para Personas de la Tercera Edad de Missouri (DHSS, por sus siglas en inglés)
- Departamento de Servicios Sociales (DSS, por sus siglas en inglés)     Departamento de Educación Primaria y Secundaria (DESE, por sus siglas en inglés)
- Otro \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN, AGENCIA, CENTRO DE SALUD MENTAL, PERSONA)

**divulgar/dar a conocer la información especificada a continuación pertinente a:**

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
--------	---------------------	-------------------------

QUE RECIBIÓ SERVICIOS DESDE (FECHAS)

**al (marque todo lo que corresponda)**

- Departamento de Salud Mental (DMH)     Departamento de Salud y Servicios para Personas de la Tercera Edad de Missouri (DHSS)
- Departamento de Servicios Sociales (DSS)     Departamento de Educación Primaria y Secundaria (DESE)
- Otro \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN, AGENCIA, CENTRO DE SALUD MENTAL, PERSONA)

\_\_\_\_\_  
(DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)

**EL OBJETIVO DE ESTA AUTORIZACIÓN ES (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)**

- Determinación del cumplimiento de los requisitos     Evaluación posterior a los servicios prestados
- Asignación     Transferencia/Tratamiento     Planificación del tratamiento
- Continuidad de los servicios/cuidado     Audiencia para el alta condicional o incondicional     A solicitud del usuario
- Para compartir o enviar mi información a otras agencias estatales de Missouri (como DHM, DHSS, DSS, DESE, etc.) para obtener servicios relacionados al programa \_\_\_\_\_ (por favor complete con el nombre del programa en el que desea participar)
- Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**LA INFORMACIÓN ESPECÍFICA A DIVULGARSE ES (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)**

- Resumen del alta médica     Notas de la evolución     Plan y/o revisión del tratamiento
- Evaluación de los Servicios Sociales     Pruebas educativas, IEP, transcripciones y/o boletines de calificaciones
- Evaluación(es) médica(s)/psiquiátrica(s)
- Pruebas psicométricas, incluyendo resultados del coeficiente intelectual (IQ), pruebas neurológicas y demás resultados de las pruebas evolutivas.
- Otro \_\_\_\_\_

1. **LEA CON DETENIMIENTO:** Entiendo que mis antecedentes médicos/de salud son información confidencial. Entiendo que al firmar esta autorización, permito que se divulgue mi información médica/de salud. La información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) en mi historia médica incluye información de salud mental/de conducta. Además, puede incluir información acerca de enfermedades transmitidas sexualmente, el síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA), el virus de inmunodeficiencia en humanos (VIH), otras enfermedades contagiosas y/o abuso de alcohol/drogas.
2. Los antecedentes de abuso de alcohol y drogas están específicamente protegido por normas federales (42 CFR 2) y al firmar esta autorización sin restricciones estoy autorizando a divulgar todos los antecedentes pertinentes al alcohol y/o drogas (si corresponde) a la agencia o persona indicada anteriormente. Por favor firme si autoriza la divulgación de información pertinente al abuso de alcohol y drogas: \_\_\_\_\_
3. Esta autorización incluye tanto información recabada actualmente como información a recabarse durante el curso del tratamiento en la institución o agencia antes mencionada que paga por los servicios durante el período de tiempo establecido.
4. Esta autorización entra en vigor a partir del \_\_\_\_\_. Esta autorización vence automáticamente en la fecha, evento o condición especial especificado a continuación
5. Si no especifico una fecha de vencimiento, esta autorización vencerá en un año.
6. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo **POR ESCRITO** y presentar mi revocación escrita ante el departamento de administración de información médica (historias médicas) o al centro de información de los usuarios de esta institución. También entiendo que las acciones ya tomadas conforme a esta autorización, previo a la revocación, **NO** se verán afectadas.
7. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. **Una copia fotográfica de esta autorización es tan válida como el original.**
8. Entiendo que la autorización para la divulgación de esta información médica/de salud es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar esta autorización para asegurarme que recibiré tratamiento. Entiendo que puedo solicitar una inspección o una copia de la información a usarse o divulgarse, según lo establecido en el Artículo 164.524 de 45 CFR. Entiendo que cualquier divulgación de información puede ser vuelta a divulgar sin autorización y que dicha información quizá no esté protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas acerca de la divulgación de mi información médica/de salud, puedo comunicarme con el director de la oficina de administración de información médica (director de historias médicas) o con el centro de información del usuario, o designado, o el Oficial de Privacidad correspondiente.

**LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CORRESPONDE A LA HISTORIA MÉDICA DE TRATAMIENTOS PARA EL ABUSO DEL ALCOHOL Y/O DROGAS:** Prohibición de redivulgación: Se le ha divulgado esta información de registros cuya confidencialidad está protegida por las leyes federales. Las normas federales (42 CFR Parte 2) le prohíben realizar ninguna divulgación adicional sin la autorización explícita por escrito de la persona a quien le pertenece, o como lo estipule dichas normas. Una autorización general para la divulgación de información médica y de otros tipos **NO** es suficiente para este fin.

Al firmar a continuación, declaro que he leído, entiendo y autorizo a divulgar mi información de salud protegida (PHI).

FIRMA DEL USUARIO	FECHA
TESTIGO	FECHA

FIRMA DE L PADRE/TUTOR LEGAL/REPRESENTANTE

(Por favor incluir una Descripción de la autoridad para actuar en defensa del usuario y adjuntar una copia del Documento que otorga autoridad, cuando corresponda).

### AVISO DE REVOCACIÓN

FECHA

Yo, \_\_\_\_\_, (Usuario) por la presente revoco mi autorización para divulgar información a la agencia/persona especificada anteriormente. Esta revocación deja nula y sin valor toda autorización para divulgar información detallada explícitamente en la autorización que aparece anteriormente. Entiendo que cualquier acción ya tomada conforme a esta autorización, previo a la revocación, no se verá afectada.

FIRMA DEL USUARIO	FECHA
TESTIGO	FECHA
FIRMA DE L PADRE/TUTOR LEGAL/REPRESENTANTE	FECHA

Si opta por revocar su autorización, por favor presente una copia completada de la revocación ante el director de administración de la información de salud (director de historias médicas), ante el centro de información de los usuarios, o ante el Oficial de Privacidad de esta institución.