

# New Perspectives Center

Para Consejería y Terapia  
565 Unión Street NE, Suite 105 Salem, OR 97301  
(503) 316-6770 Fax (503) 316-6801

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Esta autorización debe ser escrita, fechada y firmada por el cliente o por una persona autorizada por la ley para dar la autorización.

**A nuestros clientes:** Se nos requiere por ley Federal a cumplir con la Portabilidad de Seguro Médico y Acto de Contabilidad (HIPAA). Podemos ayudarle mejor si podemos trabajar con otras agencias/personas que conocen a usted y su familia.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_  
(use SS # para empleo y rehabilitación Vocab)

Autorizo a la agencia o persona siguiente:

\_\_\_\_\_  
(Nombre del servicio o proveedor divulgando información) (Dirección)

\_\_\_\_\_  
(Número de Teléfono) (Número de fax)

Para proporcionar información a:  
**NEW PERSPECTIVES**

\_\_\_\_\_  
(Nombre) (Dirección)

(503) 316-6770 (503) 316-6801  
(Número de Teléfono) (Número de fax)

Al colocar mis iniciales el espacio de abajo, específicamente autorizo la divulgación de los siguientes registros médicos, si existen tales registros:

- Servicios de Salud Mental (*incluyendo evaluación(es), diagnóstico(s), plan de tratamiento, notas de progreso y Información del caso cerrado*)
- VIH/SIDA relacionadas con registros
- Alcohol/Drogas, diagnóstico, tratamiento o referencia (*Reglamento Federal, 42CFR Parte 2, requiere una descripción de ¿Cuánto y qué tipo de Información es para divulgar. De una descripción de esta información abajo*)
- Tratamiento Médico/Psiquiátrico
- Otros/Descripción \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo en que las agencias y personas mencionadas pueden compartir e intercambiar información sobre mi familia y mi circunstancia.  Sí  No

Propósito: Se utilizará la información recibida para evaluar mi situación y para planificar y coordinar servicios para mí, mi familia o para otros fines como se especifica: \_\_\_\_\_

Nota: Si el cliente lo solicita, propósito puede aparecer como "de la solicitud de la persona".

Este permiso es bueno para un año o hasta: \_\_\_\_\_

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento del Centro de New Perspectives. De hecho, tengo el derecho a negarse a firmar esta autorización. También entiendo que si mi información es usada o divulgada de acuerdo con esta autorización, puede ser sujeta a re-divulgación por parte del receptor y ya no puede ser protegido por la regla federal de Privacidad de HIPAA. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, excepto en la medida que el Centro de New Perspectives ha actuado confiando en él. Mi revocación por escrito debe ser presentado al Oficial de Privacidad al Centro de New Perspectives, 565 Unión Street NE, Suite 105, Salem, OR 97301

Cliente  Tutor  
 Padre  Custodia Legal \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Revelación.** Información recibida bajo esta autorización no debe ser revelada a terceros no identificados en este formulario sin específica autorización por escrito. Pueden aplicar sanciones penales a divulgación ilegal. Las regulaciones federales (42 CFR Part 2) le prohíben hacer cualquier otra divulgación de información de alcohol y drogas sin consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece, o según lo permitido por los reglamentos específicos. Una autorización general para la liberación de información médica u otra no es suficiente para este propósito

**Para las personas que no pueden escribir**

Entiendo este formulario y lo estoy llenando voluntariamente. No puedo escribir. Estoy poniendo mi marca con mi nombre para firmar este formulario.		
<b>Mi marca:</b>	Nombre completo del cliente	Fecha
Testigo #1	Domicilio	
Testigo #2	Domicilio	

**Para personas que no saben leer**

Le he leído el formulario al cliente. Él/ella lo entiende y lo firmo voluntariamente		
Nombre del trabajador	Firma	Fecha

\* **Explicación:** Proveyendo el número de Seguro Social es voluntario y en general, la negación de proveer el número de Seguro Social no puede utilizarse para negar servicios. Sin embargo, es necesario para identificar los registros de Información de Empleo y Rehabilitación Vocacional. En cualquier caso, si se suministra, el número de Seguro Social debe utilizarse para cumplir las normas de la agencia.

**INSTRUCCIONES**

1. El trabajador debe llenar este formulario para el cliente. Asegúrese de que el cliente entiende antes de firmar. Anime al cliente a hacer preguntas sobre el formulario y lo que permite.
2. **Solicitudes de Correo.** Si se utiliza este formulario para solicitar información por correo, sea específico sobre lo que usted necesita. Si usted tiene una serie de preguntas, utilice una carta. Entre más claro esté en su petición, más probable es que reciba una respuesta rápida y precisa. No solicite información que no es necesaria.
3. **Registros de la Familia.** Esta versión incluye información sobre la persona que firma el formulario, hijos menores de edad e información sobre la familia él/ella suministrados para el registro. No cubriría la información suministrada por otros miembros adultos de la familia, a menos que también firman un comunicado.
4. **Niños.** Los menores pueden dar consentimiento al tratamiento médico mental, emocional o químico, a los 15 años de edad, dependiendo del tratamiento, a los 14 años. Ellos pueden firmar su propio permiso para la divulgación de información necesaria para dicho tratamiento.
5. **Fotocopiadora.** Guarde el original en el archivo y envíe copias a otras agencias. La persona que hace las fotocopias debe firmar en la parte inferior de la primera página certificándola como una copia verdadera. La agencia que recibe la autorización debe rechazarlo si no hay una firma original por la persona que realizó la copia.
6. **Revocación.** Si la persona cancela más tarde esta autorización, escriba "revocado" y el método y la fecha de revocación audazmente a través del formulario. Ponga la fecha y sus iniciales y manténgala en el archivo. Las regulaciones federales requieren que la revocación sea por escrito.
7. **Duración.** La autorización es válida por un año a menos que se especifique lo contrario. Asegúrese de que la versión que está utilizando es todavía actual.
8. **VIH.** Este formulario no debe utilizarse para solicitar información sobre las pruebas del VIH. Utilice el formulario desarrollado por la División de salud de Oregon.
9. **Tutela/Custodia.** Si el firmante es un tutor, se debe adjuntar una copia del documento de tutela cuando la solicitud se envía. Del mismo modo, si una agencia tenía la custodia y sus signos representativos, la orden de custodia debe ser incluida.
10. Esta es un formulario **voluntario**. Sin embargo, clientes deben recibir información precisa sobre cómo le afectará negativamente a su elegibilidad o coordinación de servicios. Si el cliente decide no firmar, trate de referir a la familia un servicio singular, que puede ayudarlos sin un intercambio de información.