



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

Por la presente doy mi consentimiento y autorizo a Rocky Mountain Human Services y sus empleados a obtener y compartir mi información médica protegida identificable con los proveedores u organizaciones de la lista a seguir, para los fines que se describen a continuación. También puedo usar esta autorización para solicitar una copia de mis registros para uso personal.

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos del Seguro Social: _____

Autorizo el intercambio de información y registros médicos entre Rocky Mountain Human Services y la persona, entidad o agencia de la lista a seguir:

Persona, Entidad o Agencia	Nombre(s)	Dirección/Teléfono
Médicos que participan en mi atención:		
Proveedores que participan en mi atención:		
Miembros de familia/ Representantes Legales:		
Hospitales/Centros/Hogar de Ancianos que participan en mi cuidado:		
Agencias de Atención Domiciliaria y/u Hospicios que participan en mi atención:		
Otros: (Especifique)		

También entiendo que mi información puede ser divulgada a agencias como las que aparecen a continuación, que están involucradas con mi atención y tratamiento.

- Departamento de Servicios Humanos de Colorado
- Agencias de Punto de Entrada Único (SEP)
- Juntas de Centros Comunitarios (CCB)
- Política y Financiamiento del Departamento de Atención Médica de Colorado (HCPF)
- Departamento de Asuntos Locales de Colorado (DOLA) / División de Vivienda (DOH)
- Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado (CDPHE)

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE SERÁ DIVULGADA: Marque todo lo que corresponda

Indique una fecha específica o un intervalo de fechas para la divulgación	FECHAS:	Indique una fecha específica o un intervalo de fechas para la divulgación	FECHAS:
Información Demográfica		Exámenes / Evaluaciones	
Planes de Servicio / Planes de Tratamiento / IEP's / IFSP's		Solicitudes / Determinaciones de Elegibilidad	
Información de Salud o Registros Médicos		Otros: (Especifique)	

* No incluye notas de psicoterapia

EL PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN ES: Marque todo lo que corresponda.

A pedido del cliente / Uso Personal	Transición de la atención / planificación
Administración de casos / Coordinación de servicios / Coordinación de atención	Determinación de elegibilidad
Other: (Specify)	

Entiendo que la información divulgada por esta autorización, excepto la referida al abuso de alcohol y drogas, como se define en la Parte 2 del CFR 42, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por la regla de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Parte 164, CFR 145) y la Ley de Privacidad de 1974 (552a del USC 5). Sé que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Entiendo que esta autorización es voluntaria.

También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Además, que cualquier divulgación de información antes de la fecha de revocación es legal y vinculante. De la misma forma, entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mis servicios no se verán afectados si no firmo, excepto que, para fines de determinar la elegibilidad para los servicios, ésta puede ser negada si no se otorga la autorización. Además, entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización firmada y que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si así lo solicito. También entiendo que puedo solicitar una lista de entidades a las que se ha divulgado mi información.

Entiendo que a menos que especifique una fecha de vencimiento o condición, esta autorización es válida por el período de tiempo necesario para cumplir con su propósito, o hasta por un año a partir de la fecha de la firma. Esta autorización vencerá el ___ / ___ / ___ (DD / MM / AA).

Entiendo y acepto que mi firma electrónica en esta autorización es válida y es el equivalente legal de mi firma manuscrita.

<i>(Firma del cliente/Responsable)</i>		<i>(Fecha)</i>
<i>(Nombre legible)</i>	<i>(Relación con el cliente)</i>	
<i>(Testigo, si es necesario)</i>		<i>(Fecha)</i>

Una copia de este documento será válida como original.