



AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Si usted mencionó cualquier organización o persona en el formulario previo y le gustaría que pudiéramos comunicarnos con ellos sobre su cuidado/progreso, por favor complete la sección de Compartir Información de Salud Protegida para cada proveedor médico. Puede agregar otro seleccionando el botón "Agregar otro Receptor".

Primer nombre del paciente (Requerido) Segundo nombre del paciente Apellido(s) del paciente (Requerido)

Receptor 1

Aspire está autorizado a: compartir y/o recibir el contenido de mi Expediente Médico indicado abajo, incluyendo cualquier contenido relacionado a uso o tratamiento de alcohol o drogas, enfermedades infecciosas incluyendo VIH/SIDA, y/o cualquier otra información personal generada por mi evaluación y tratamiento a/por la persona/organización mencionada abajo.

El contenido de mi expediente puede ser compartido a través de cualquier canal en cumplimiento con La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) a/de:

Autorizo a:

- ☐ Compartir
- ☐ Recibir

Nombre/Organización/Relación _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____
Código postal _____ Número de teléfono _____

Especifique las fechas de los Expedientes Solicitados

Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

Propósito de la Divulgación (Seleccione todos los que apliquen,
Debe seleccionar uno):

- ☐ Evaluación
- ☐ Evaluación de la corte
- ☐ Reclamación de seguros
- ☐ Continuidad de cuidados
- ☐ Petición del cliente
- ☐ Colaboración con la escuela
- ☐ Otro

Descripción Específica de la Información a ser Compartida (Seleccione todas las que apliquen, Debe seleccionar una):

- ☐ Conjunto de Documentación Estándar. Incluye el plan de tratamiento más reciente, diagnóstico y actualización resumida; evaluaciones exhaustivas; evaluaciones psiquiátricas; evaluaciones de abuso de sustancias; notas de terapia; revisiones de medicamentos; informes de progreso; resúmenes de terminación
- ☐ Evaluaciones/Valoraciones
- ☐ Planes de tratamiento
- ☐ Notas de progreso
- ☐ Notas/Laboratorios de Medicamentos
- ☐ Informes de libertad condicional/Resultados de pruebas de drogas
- ☐ Registros de la oficina médica
- ☐ Otros

Entiendo que puedo solicitar que se excluya información específica al compartir información, reconociendo que hacerlo puede invalidar toda la divulgación si la retención de la información puede presentar una descripción inexacta de una condición y/o tratamiento asociado.

Información Específica a EXCLUIR de esta Autorización, si la hay:

- ☐ Expedientes de Drogas y Alcohol
- ☐ Expedientes de VIH/SIDA
- ☐ Expedientes de Enfermedades Infecciosas

___Entiendo que esta autorización expira en 180 días

___Entiendo que esta autorización expira en la fecha/evento siguiente (dentro de los 180 días)

___Renuncia - Entiendo que mis registros están protegidos por las leyes de confidencialidad estatales y federales y los Reglamentos de Privacidad de La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA por sus siglas en inglés) y que esta autorización normalmente vencería por ley después de un período de 180 días; sin embargo, renuncio expresamente a la limitación de 180 días y doy mi consentimiento para compartir e intercambiar información con la entidad anterior hasta 60 días después de la terminación de los servicios de Aspire, a menos que sea revocado antes específicamente por mí, oralmente o por escrito.

-
- Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por la persona(s) o clase de persona(s) que la reciban y que ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad.
 - Entiendo que puedo revocar esta autorización notificando a Aspire, 2020 Brown Street, Anderson, IN 46016, oralmente o por escrito (las personas que reciben tratamiento para drogas/alcohol pueden hacer una solicitud oral) de mi deseo de revocarla. Sin embargo, entiendo que, si revoco esta autorización, no tendrá ningún efecto sobre las acciones anteriores tomadas por Aspire en relación con esta autorización.
 - Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para recibir tratamiento de Aspire.
 - Entiendo que esta autorización puede ser utilizada electrónicamente por Aspire y sus agentes.
 - Esta información le ha sido revelada a usted a partir de registros protegidos por las reglas de Confidencialidad Federal (42 CFR Parte 2) y los Reglamentos de Privacidad de La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA). Una autorización general para compartir información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente de abuso de drogas o alcohol.

Confirmación y Aceptación del Paciente

Relación con el Paciente:

Yo mismo

Padre/Madre

Tutor

Firma del Paciente o Representante Legal

- Una presentación por fax, escaneada, electrónica o fotocopiada de esta autorización es válida como el original
- A menos que se indique lo contrario, envíe la información solicitada a: Aspire, Departamento de Registros Médicos, 2020 Brown Street, Anderson, IN 46016