



Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º de caso _____

Autorizo a Woodland Centers: a _____ intercambiar con O _____ divulgar a U _____ obtener de

Nombre de la organización o persona: _____

Dirección postal: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____ N.º de teléfono: _____ N.º de FAX #: _____

Motivo de la divulgación:

- ☐ Coordinación de la atención ☐ Solicitud del cliente*
- ☐ Seguro* ☐ Legal* ☐ Otro _____

*Se pueden cobrar tarifas de acuerdo con el capítulo 144.292 del Estatuto de Minnesota y la norma federal 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR) 164.542.

Expedientes de las siguientes fechas: ☐ Todas (incluyendo pasadas, presentes y futuras) ☐ Fecha(s) específica(s) _____ al _____

Información que debe divulgarse (marque las casillas correspondientes):

☐ Cualquiera/Todos los expedientes (puede incluir información confidencial como expedientes de consumo drogas y/o alcohol).

O para divulgar solo partes específicas de su información médica, indique las categorías a divulgar:

- ☐ Resumen de servicios (incluye el resumen del alta, el historial/examen físico, consultas y resultados de estudios).
- ☐ Plan de tratamiento/Evaluación funcional ☐ Evaluaciones de salud mental (incluidas las pruebas psicológicas)
- ☐ Notas de progreso/visitas al consultorio ☐ Lista de medicamentos ☐ Informes de laboratorio/radiología
- ☐ Expedientes legales/judiciales ☐ Expedientes escolares (informes del Plan de Educación Individualizada) ☐ Expedientes de servicios sociales
- ☐ Resumen de alta ☐ Expedientes de tratamiento por consumo de sustancias
- ☐ Otro (especificar contenido): _____

COMPRENDO LO SIGUIENTE: he tenido la oportunidad de leer y considerar por completo esta Autorización para divulgar información y su contenido es consistente con mi instrucción a Woodland Centers de divulgar información médica personal no pública.

- Expedientes de tratamiento por abuso de alcohol/drogas:** se pueden incluir los expedientes de tratamiento por abuso de alcohol o drogas si se indica arriba. Si esta divulgación implica la divulgación de información relacionada con un tratamiento por abuso de alcohol o drogas, esta información se ha divulgado a partir de expedientes protegidos por la norma federal de confidencialidad, 42 del CFR, parte 2. La ley federal prohíbe al receptor divulgar esta información nuevamente, a menos que dicha divulgación esté expresamente permitida mediante el consentimiento por escrito de la persona a quien corresponde, o según lo permita de otro modo la norma federal 42 del CFR, parte 2.
- Período de autorización:** la divulgación de expedientes incluye expedientes pasados y futuros hasta que la autorización venza o se revoque, a menos que se mencione un rango de fechas específico.
- Derecho de revocación:** puedo revocar esta autorización en cualquier momento con un aviso por escrito, pero cualquier revocación no se aplicará a los expedientes que ya se divulgaron.
- Autorización voluntaria:** no es necesario firmar esta autorización para recibir servicios a menos que los servicios sean ordenados por un tribunal o por un tercero.
- Descargo de responsabilidad en caso de redivulgación:** Woodland Centers no puede evitar la redivulgación de los expedientes divulgados, y una vez que se han divulgado, es posible que los expedientes ya no estén protegidos por las leyes de privacidad federales o estatales.
- Comunicación bidireccional:** la autorización permite la comunicación telefónica bidireccional y la transmisión electrónica de información.
- Derecho a copias:** tengo derecho a recibir una copia de la autorización después de firmar y puedo solicitar copias de la información divulgada.
- Validez de la fotocopia o facsímil:** una fotocopia o fax de la autorización tiene la misma validez que el original.

Esta autorización permanecerá vigente hasta la siguiente fecha: _____ (Si no se indica una fecha, la autorización vence un año después de la fecha en que se firmó, a menos que la ley permita lo contrario).

Firma del cliente _____ Fecha _____ Firma del testigo _____ Fecha _____
(Requerido para clientes de 16 años o mayores, a menos que exista una excepción establecida por la ley).

Firma del padre, la madre o el tutor legal _____ Relación con el cliente _____ Fecha _____

DEVOLVER EL FORMULARIO/EXPEDIENTES A: Woodland Centers HIMs
1125 Se 6th St
PO Box 787
Willmar, MN 56201

Teléfono: 320-231-9156
FAX: 855-625-7406
Correo electrónico: hims@wcenters.org

Solo para uso del consultorio: Ingresado por: _____
Fecha: _____

Instrucciones para completar el formulario. COMPLETE TODAS LAS SECCIONES DE LA AUTORIZACIÓN PARA GARANTIZAR LA DIVULGACIÓN ADECUADA Y OPORTUNA DE SU INFORMACIÓN MÉDICA.

Información del paciente: indique el nombre del cliente cuyos expedientes se van a divulgar, incluida la fecha de nacimiento. (El personal de Woodland Centers ingresará el número de identificación del cliente).

"Intercambiar", "divulgar" u "obtener": si indica "divulgar a", Woodland Centers no podrá recibir ningún expediente de la organización y si elige "obtener de", Woodland Centers no podrá divulgar información a esta organización en particular. Elegir "intercambiar con" permitirá que Woodland Centers divulgue Y obtenga expedientes.

Motivo de la divulgación: indique el motivo por el que se van a divulgar los expedientes. Esto ayuda a establecer la prioridad del estado de la divulgación. También ayuda a determinar quién es responsable del costo de los expedientes (cuando corresponda).

Expedientes de la siguiente fecha: elija "todas" o especifique una fecha o un rango de fechas de los expedientes que desea divulgar.

Información que debe divulgarse: puede elegir qué expedientes desea que se envíen para incluir todos y cada uno de ellos o elegir información específica dentro de sus expedientes para que se divulgue. Si elige cualquiera/todos los expedientes, Woodland Centers podrá enviar cualquier información de su expediente, incluidos todos los programas.

Comprendo que: en esta sección, se explican los términos de la autorización que está firmando. Lea detenidamente estos términos antes de firmar el formulario.

Fecha de vencimiento: en esta sección usted decidirá cuándo desea que venza la divulgación. ***Si no indica una fecha, la autorización vencerá automáticamente un año después de la fecha en que se firmó.*** Si desea editar o revocar este formulario antes de la fecha de vencimiento, comuníquese con los Servicios de Gestión de Información de Salud (Health Information Management Services) o con el funcionario de privacidad.

Firma: firme Y escriba la fecha en este formulario para validar esta autorización. Si este formulario lo firma alguien que no sea el paciente o los padres, se le pedirá que proporcione prueba de su autoridad (es decir, una orden judicial). La firma de un testigo indica quién le explicó al cliente o padre, madre o tutor legal y/o ayudó a completar el formulario.

ESPERE DE 7 A 10 DÍAS HÁBILES PARA QUE SE PROCESA LA INFORMACIÓN SOBRE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN. EN ALGUNOS CASOS, PUEDE TARDAR HASTA 30 DÍAS (NORMA FEDERAL 45 DEL CFR 164.524 (b)(2)(I)).

Si tiene preguntas o inquietudes sobre este formulario, comuníquese con la oficina de Gestión de Información de Salud al (320) 231-9156.

La autorización para divulgar la información médica protegida completada se puede enviar a:

**Servicios de Gestión de Información de Salud (Health Information Management Services, HIMS)
Woodland Centers
PO Box 787
Willmar, MN 56201**

O

FAX: (855) 625-7406