



# CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

## Northwest Iowa Mental Health Center (Seasons Center)

201 East 11th Street, Spencer, Iowa 51301 | Teléfono: (800) 242-5101 | Fax: (712) 262-3826

Nombre Legal del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Medicaid: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, autorizo al Centro Seasons a  divulgar y/o  obtener información escrita y verbal de los últimos **dos (2) años** a partir de la fecha de esta autorización, por teléfono, fax, intercambio electrónico de datos o correo, con respecto al cliente mencionado anteriormente, con la siguiente persona o agencia:

Nombre de la Persona (o clase de persona) \_\_\_\_\_ Nombre de la Institución (si corresponde) \_\_\_\_\_ Parentesco con el cliente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Número de Fax \_\_\_\_\_ Número de caso/investigación \_\_\_\_\_

### Marque la información a divulgar:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica                         | <input type="checkbox"/> Revisión Anual              | <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio           |
| <input type="checkbox"/> Admisión Integral (Incluyendo Historial Social) | <input type="checkbox"/> Resumen de Progreso         | <input type="checkbox"/> Pruebas/Evaluaciones Psicológicas   |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones Iniciales                          | <input type="checkbox"/> Resumen al dar de Alta      | <input type="checkbox"/> Expedientes Educativos/Vocacionales |
| <input type="checkbox"/> Plan de Servicio/ICP/Plan de Tratamiento        | <input type="checkbox"/> Información de Facturación  |  |
| <input type="checkbox"/> Notas Medicas/de Progreso                       | <input type="checkbox"/> Información/Fechas de Citas |  |
| <input type="checkbox"/> Otro (Por favor Especifique): _____             |  |  |

### Favor de indicar el motivo de la divulgación:

- Continuidad de Atención    Rehabilitación/ Discapacidad    Seguro    Transferencia de Atención
- Otro (Por favor Especifique): \_\_\_\_\_

**Legal** Si se selecciona, **NO** se podrán seleccionar otros elementos en esta sección

Esta autorización es voluntaria. Entiendo que tengo el derecho de no firmar este formulario de consentimiento y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado acciones basadas en él. Si elijo no firmar, entiendo que no habrá consecuencias para la prestación de servicios; sin embargo, podría afectar el pago de los servicios y las obligaciones personales relacionadas con los mismos. Si decido revocar este consentimiento, debo enviar una notificación por escrito a: Registros Médicos, Centro Seasons, 201 E 11th Street, Spencer, IA 51301. Si revoco este consentimiento, entiendo que la información podría haberse divulgado antes de la cancelación y que dicha acción no se consideraría una violación de la confidencialidad.

También reconozco que: 1) los destinatarios de esta información podrían volver a divulgarla sin la autorización adecuada, y 2) una vez divulgada la información, podría dejar de estar protegida por 42 CFR Parte 2, HIPAA y otras regulaciones federales o estatales de privacidad. Entiendo que puedo revisar la información divulgada o realizar preguntas contactando a Registros Médicos en la dirección indicada arriba. La confidencialidad de la información está protegida por la Ley Federal (HIPAA, 42 CFR § 2 y 45 CFR § 164) y por el Código de Iowa, Capítulo 228. La Parte 2 de 42 CFR prohíbe el uso o divulgación no autorizados de estos registros. La divulgación está prohibida, a menos que se permita expresamente con el consentimiento escrito del cliente, excepto según lo permitido por 42 CFR Parte 2, HIPAA y las leyes estatales aplicables. Entiendo que si entidades cubiertas por HIPAA y asociados comerciales reciben estos registros para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, los registros pueden volver a divulgarse de acuerdo con HIPAA, excepto para usos o divulgaciones en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en mi contra. Entiendo que el Centro Seasons no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios a que firme o no esta autorización, excepto que: a) Seasons puede condicionar la prestación de tratamiento relacionado con investigación a la autorización para el uso o divulgación de información de salud protegida con fines de dicha investigación; b) Seasons puede condicionar la prestación de atención médica que tenga como único propósito la creación de información de salud protegida para divulgarla a un tercero a la provisión de autorización para ese tercero; y c) entiendo que podría ser facturado por servicios que de otro modo estarían cubiertos por el seguro si me niego a consentir la divulgación para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, si la ley estatal lo permite.

### INFORMACIÓN QUE NO SE DEBE DIVULGAR

#### AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA POR LA LEY ESTATAL O FEDERAL

Entiendo que la información que se divulgará puede incluir información en las siguientes categorías, a menos que yo específicamente niego la divulgación

**Coloque sus iniciales en cualquier categoría que no se divulgará.**

**Deje en blanco si no hay restricciones.**

\_\_\_\_\_ Abuso de Sustancias

\_\_\_\_\_ Salud Mental

\_\_\_\_\_ Información relacionada con el VIH

\_\_\_\_\_ Pruebas Genéticas/Información

Se me ha ofrecido una copia de este formulario, y se me ha explicado en un idioma que entiendo.

Si no revoco el consentimiento, esta autorización caducará no más de un año a partir de la fecha a continuación, o en la fecha especificada aquí, lo que ocurra primero: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente/Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Solo los clientes mayores de 18 años, o su representante legal, pueden autorizar la divulgación de información de salud mental. Solo los clientes, sin importar su edad, pueden autorizar la divulgación de información sobre abuso de sustancias.**