



**Autorización para la divulgación de información de salud mental y registros confidenciales de tratamiento de abuso de sustancias**

Nombre del cliente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Autorización para el uso y divulgación de información de salud mental:** las leyes estatales y federales rigen la confidencialidad y protección de la información de salud identificable individualmente. Excepto en situaciones específicas definidas en varias leyes, la información de salud protegida no puede divulgarse sin autorización por escrito.

**Autorización para el uso y divulgación de información sobre el abuso de sustancias:** los registros de tratamiento de abuso de sustancias mantenidos por el Colorado Department of Human Services son confidenciales y no se divulgarán, a menos que las regulaciones dispongan lo contrario, sin el consentimiento por escrito de la persona o su representante personal.

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a Gunnison Valley Health Behavioral Health a divulgar información de salud mental y la información de tratamiento de abuso de sustancias de la persona nombrada a continuación:

Autorizo la divulgación, recepción o intercambio de la información con las siguientes personas u organizaciones. (Al utilizar una designación general, tiene derecho a obtener, previa solicitud, una lista de entidades a las que se ha divulgado su información, de conformidad con la designación general).

Nombre \_\_\_\_\_ Organización \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Propósito de la divulgación:**

Continuidad de la atención      Uso persona      Legal      Otros: \_\_\_\_\_

**Toda mi información sobre el trastorno por uso de sustancias, incluida la información coincidente de salud mental**

**O las fechas de servicio:** \_\_\_\_\_

Evaluaciones y valoraciones	Plan de atención	Resultados de los análisis de laboratorio
Medicamentos	Información y registros sobre ITS/VIH/SIDA	Estados de cuenta
Notas del médico	Resumen de alta	Otros: _____
Notas de psicoterapia		

Revocación: esta autorización podrá ser revocada en cualquier momento, por escrito. Si no se revoca antes, esta autorización expirará al momento del alta del tratamiento o un (1) año a partir de la fecha en que se firmó, lo que ocurra por primero.

Entiendo que se me podrían denegar los servicios si me niego a dar mi consentimiento para una divulgación con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, si lo permite la ley. No se me denegarán los servicios si me niego a dar mi consentimiento para una divulgación con otros fines. Me han proporcionado una copia de este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante personal autorizado (si es necesario)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si está firmado por un representante personal, indique la relación y la autoridad para dar su consentimiento. Esta autorización refleja los requisitos de 42 C.F.R. Parte 2 e HIPAA

300 E. DENVER AVE | GUNNISON, CO 81230 | 970-648-7128





**Aviso que acompaña a la divulgación**

**Prohibición de volver a divulgar información confidencial**

Este aviso acompaña una divulgación de información sobre un paciente en tratamiento de abuso de sustancias, que se le realizó a usted con el consentimiento de dicho paciente. Esta información se divulgará a partir de los registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad establecidas en el CFR, título 42, Parte 2. Las reglas federales prohíben cualquier divulgación adicional de esta información a menos que dicha divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenecen los registros o según lo permitido por el CFR, título 42, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información contenida en estos registros para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

