2001 W. Blue Heron Blvd., Riviera Beach, FL 33404
Teléfono (561) 841-3500 Fax (561) 844-3577

Autorización para obtener y divulgar información

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de historia clínica: _____
Nombre Apellido

La presente autorizará a ***Community Partners of South Florida (CP).*** a divulgar información ante la siguiente persona u organización o a obtenerla de la siguiente persona u organización: _____

_____
Nombre y domicilio de la persona u organización

con el **fin** de mejorar la evaluación y la planificación del tratamiento, y compartir información relevante para coordinar la atención médica.
Esto incluye la autorización de la comunicación verbal entre las partes antes mencionadas, y autoriza la entrada al establecimiento para prestar servicios.

Descripción de la información que se divulgará (tache la información que no desee que se divulgue e indique sus iniciales):
Evaluaciones, plan de tratamiento, resumen de progreso, nota(s) de progreso, resumen de alta/transferencia, otra (especifique) _____

Descripción de la información que se obtendrá (tache la información que no desee que se obtenga e indique sus iniciales): Información médica/de enfermería, registro de medicamentos, plan de tratamiento, información educativa (IEP, psicoeducativa, informes de progreso, etc.), informes disciplinarios escolares, informes toxicológicos/control de drogas, resumen/notas de progreso, evaluaciones, evaluación psiquiátrica, evaluación psicológica, resumen de alta/transferencia, otra (especifique) _____

Comprendo que mis antecedentes de tratamiento de salud conductual están protegidos por los reglamentos federales sobre la confidencialidad de antecedentes de pacientes de abuso de drogas y alcohol, título 42 del Code of Federal Regulations (Código de Reglamentos Federales, CFR), parte 2, y la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos, HIPAA) de 1996, título 45 del CFR, partes 160 y 164, capítulos del estado de Florida 394 y 397, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que dichos reglamentos establezcan lo contrario.

También comprendo que puedo **revocar** este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que ya se hayan tomado acciones con base en mi consentimiento, y que en todo caso esta autorización **vence** automáticamente después de un año, a menos que se indique lo contrario aquí: _____
Comprendo que CP no **condicionará** mi tratamiento según si autorizo o no la divulgación de la información solicitada. Se me han explicado las consecuencias de no acceder a firmar esta autorización.

Formulario de divulgación: comprendo que puedo solicitar por escrito que la divulgación se realice en un formato determinado. De lo contrario, la agencia se reserva el derecho a divulgar información según lo permita esta autorización de cualquier manera que considere apropiada y conforme a las leyes aplicables, lo que incluye, entre otras formas, verbalmente, por escrito, por fax o por vía electrónica.

Community Partners of South Florida en virtud de un contrato administrativo bajo el nombre comercial de Community Partners, pueden divulgar toda la información de clientes según se describe en el anexo para socios comerciales ejecutado mutuamente y conforme lo autoriza la ley sobre divulgaciones de información para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y la realización de ciertas funciones de seguro.

Nuevas divulgaciones: esta información le ha sido revelada de antecedentes cuya confidencialidad está protegida de conformidad con el título 42 del CFR, parte 2, HIPAA, el título 45 del CFR, la ley estatal de Florida 394.4615, el Florida Administrative Code (Código Administrativo del Estado de Florida) 65E5.250 y el capítulo 397 sobre el estado de Florida. Cualquier otra divulgación está estrictamente prohibida a menos que el cliente proporcione una autorización específica por escrito. El derecho del estado de Florida exige que cualquier persona, organismo o entidad que reciba información la conserve de manera confidencial y exenta de las disposiciones de la ley de registro público. No haremos nuevas divulgaciones de ninguna información de salud protegida recibida de terceros y que pueda estar presente en su historia clínica.

_____	_____	_____
Nombre del cliente en letra imprenta	Firma del cliente	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del padre o tutor en letra imprenta	Firma del padre o tutor	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del testigo en letra imprenta	Firma de testigo	Fecha

COMMUNITY PARTNERS
OF SOUTH FLORIDA
HEALTH | HOUSING | COMMUNITY