

## Autorización para Usar y Divulgar Información de Salud

Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_ Estado:  Activo  Revocado  
 Nulo  Cliente se Negó

### Autorización QHN:

Yo autorizo a Mind Springs Health/ West Springs Hospital que divulgue mi información sobre tratamiento, incluyendo toda información sobre trastorno de abuso de sustancias, a Quality Health Network (QHN) donde puede ser accesible por todo participante de QHN del pasado, presente y futuro quienes tienen una relación como proveedor de tratamiento conmigo. QHN es un intercambio de información de salud que distribuye información clínica a proveedores y sistemas de cuidado de salud con el propósito de proveer cuidado coordinado, a tiempo y cuidado centrado en el paciente. Yo entiendo que tengo derecho a pedir una lista de todo participante de QHN a quienes mi información fue divulgada.

Cliente aprueba el consentimiento de QHN:  Sí

Como cliente de Mind Springs Health o West Springs Hospital, entiendo que las regulaciones estatales y federales gobiernan la confidencialidad y protección de mi información de salud identificable individual (CFR 42 Parte 2, CRS 25.1, HIPAA). Excepto en situaciones requeridas o permitidas legalmente, información sobre mí no podrá ser divulgada a personas o agencias fuera de Mind Springs, Inc. sin mi autorización escrita. Entiendo que protecciones adicionales existen para información de abuso de sustancias y para información de VIH/SIDA.

### Yo autorizo a Mind Springs, Inc. a mandar, recibir, intercambiar, usar o divulgar mi información de salud:

Una (1) forma por autorización es requerida.

Relación del Tercero al Cliente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_ Número de Fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_

### Doy consentimiento a que los siguientes tipos de información sean divulgados:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Toda información sobre abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Evaluaciones diagnósticas                       |
| <input type="checkbox"/> Información VIH/SIDA                       | <input type="checkbox"/> Información legal                               |
| <input type="checkbox"/> Información médica/laboratorio             | <input type="checkbox"/> Asesoramiento de Medicamentos/Notas de Progreso |
| <input type="checkbox"/> Información sobre pago y balance           | <input type="checkbox"/> Evaluaciones psiquiátricas                      |
| <input type="checkbox"/> Exámenes psicológicos/neurológicos         | <input type="checkbox"/> Historial social                                |
| <input type="checkbox"/> Actualizaciones y/o resúmenes de alta      | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)                    |

### Propósito:

- Continuidad de cuidado  
 Coordinación de servicios  
 Tratamiento  
 A petición del individuo  
 Otro (por favor especifique)

Mind Springs Health y West Springs Hospital  
 Medical Records Department  
 515 28 3/4 Road  
 Grand Junction, CO 81501  
 Teléfono: (970) 683-7252  
 Fax: (970) 683-7055

### USO DE HOSPITAL SOLAMENTE!

Visitaciones Permitidas:  Sí  No Llamadas Telefónicas Permitidas:  Sí  No

### Re-divulgación

Entiendo que la información divulgada en base a esta Autorización, a excepción de la información sobre un trastorno por uso de sustancias, puede ser divulgada nuevamente por el receptor y ya no está protegida por la Ley de Responsabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) (45 CFR parte 164). Los registros sobre un trastorno de uso de sustancias continuarán estando protegidos por las reglas federales posteriores a la divulgación y no se podrán divulgar ni volver a divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las reglas relevantes (42 CFR parte 2).

### Prohibición de Acondicionamiento de Autorizaciones

Entiendo que no se me puede exigir que firme esta Autorización como una condición de tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios. Mind Springs Health/ West Springs Hospital no puede negarme tratamiento si me niego a firmar esta Autorización, a menos que esta Autorización sea necesaria para mi participación en un estudio de investigación o el propósito del tratamiento sea proporcionar información a la persona/entidad identificada en esta Autorización.

### Vencimiento y derecho de revocación (cancelar)

Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que la información ya haya sido divulgada u obtenida al confiar en ella. La revocación debe ser por escrito. Si no se revoca, esta Autorización caducará en dos (2) años a partir de la fecha en que la firme, a menos que aquí se especifique una fecha anterior:

Fecha de expiración: \_\_\_\_\_

Firma de Cliente o Representante

Si es un Representante, relación al cliente

Nombre de Testigo: \_\_\_\_\_