



Autorización para uso y divulgación de Información Médica

Lea esta información

Usted deberá completar este documento si desea autorizar a ValueOptions a utilizar o divulgar su información médica a personas que no pudiesen estar directamente envueltas en hacer decisiones sobre su cuidado de salud. Esta autorización será vigente hasta: a) la fecha que usted indique, b) un (1) año a la fecha firmada; o, c) la fecha que usted revoque su permiso.

*****Envía este documento a:**

Paso # 1: Complete la información demográfica para la persona que recibe los servicios:

- 1. _____ **Nombre**
- 2. ____ / ____ / _____ **Fecha de nacimiento**
- 3. _____ **Dirección**
- 4. (____) _____ - _____ **Teléfono de la casa**
- 5. _____ **Nombre del Beneficiario**
- 6. ____ - ____ - _____ **SS del Beneficiario #**

Paso # 2: Indica la información médica que se podrá divulgar o utilizar:

- 7. Marcar el encasillado para señalar la información que se podrá utilizar o divulgar:
 - a. Mi expediente completo
 - b. Otro (ver instrucciones) _____
- 8. Marcar el encasillado para indicar el propósito de la divulgación o uso:
 - a. Mi petición
 - b. Otro (ver instrucciones) _____

Paso # 3: Indica la persona/s que está autorizando a utilizar o recibir su información médica

- 9. _____
Nombre de la persona autorizada
- 10. _____
Dirección de la persona autorizada

11. OPCIONAL: fecha de expiración de la autorización
____ / ____ / _____

Paso # 4: Complete y firme esta autorización para archivos de alcohol y/o abuso de drogas:

Reconozco que la información a utilizarse o divulgarse como resultado de esta autorización pudiese incluir expedientes que están protegidos por otras leyes federales y estatales que aplican al abuso de sustancias. YO ESPECIFICAMENTE AUTORIZO EL RELEVO DE INFORMACION CONFIDENCIAL PERTINENTE AL USO Y/O ABUSO DE ALCOHOL Y/O DROGAS. El recipiente de la información de alcohol y/o droga divulgada como resultado de esta autorización requiere una autorización adicional para re-divulgarla.

12. _____ / _____ / _____
 Persona que recibe servicios o Mes Día Año
 Representante personal**

13. _____ / _____ / _____
 Firma del Padre o Tutor Legal (requisito por ley) Mes Día Año

Paso #5: Complete la confirmación que usted entiende que:

- Tiene el derecho a revisar la información que se está utilizando o divulgando;
- Usted no está en la obligación de completar esta autorización y que su negativa no afectará sus beneficios al menos que esta autorización es necesaria para determinar sus beneficios;
- La información utilizada o divulgada a través de esta autorización será divulgado a otros y no estará protegida por las leyes federales de privacidad ;
- Tiene el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento completando y enviando a ValueOptions un formato “Revocation of Authorization” que usted podrá conseguir a través de ValueOptions;
- Tiene el derecho a recibir una copia firmada de esta autorización; y
- Existe un privilegio estatuario sobre comunicaciones confidenciales entre paciente y psicólogo certificado. (para residentes de Nueva Jersey solamente).

14. _____ / _____
 Persona que recibe servicio o Representante Personal** Fecha

15. _____ / _____
 Parentesco del Representante Personal ** Fecha

*** Favor de fijar el documento legal que aplica que otorga autorización*