

Yo, _____ (consumidor), _____ (fecha de nacimiento), autorizo a Goochland Powhatan Community Services a ___ solicitar y/o ___ divulgar a:

Nombre de la entidad y/o individuo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

la información de salud protegida que se indica a continuación:

- Evaluación
- Tratamiento
- Medicamento(s) recetado(s)
- Salud física general
- Enfermedades infecciosas: SIDA, VIH, TB, otras
- Información relacionada con una emergencia
- Evaluación/Pruebas psicológicas
- Información financiera
- Informe de alta
- Fotografías, videos, imágenes digitales u otras
- Otro (describa de manera específica y significativa la información de salud protegida que se divulgará, como la fecha del servicio, el tipo de servicio, el nivel de detalle que se divulgará, el origen de la información, etc.):

Información sobre uso de sustancias a solicitar/divulgar:

- Diagnóstico de uso de sustancias
- Medicamentos para el uso de sustancias
- Resultados de laboratorio relacionados con el uso de sustancias
- Historial de uso de sustancias
- Participación en servicios por uso de sustancias
- Referencia a/para servicios de uso de sustancias

Esta información de salud protegida está siendo solicitada y/o divulgada para los siguientes propósitos:

- A solicitud del individuo
- Evaluación
- Coordinación de atención
- Contacto de emergencia
- Otro, especifique: _____

Entiendo que mis registros de trastornos por uso de sustancias están protegidos por las leyes federales, entre ellas las reglamentaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (“HIPAA”, por sus siglas en inglés) y 45 C.F.R. Partes 160 y 164, y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que las reglamentaciones dispongan lo contrario.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan llevado a cabo acciones en base a ella. Este consentimiento vencerá 30 días después de mi fecha de alta, a menos que se especifique lo contrario: _____

GPCS no condicionará mi tratamiento, pago o inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios (si corresponde) a si doy autorización para el uso o la divulgación solicitados, excepto (1) si mi tratamiento está relacionado con una investigación, o (2) los servicios de atención de salud se me brindan únicamente con el propósito de crear información de salud protegida para divulgarla a un tercero.

Me han proporcionado una copia de este formulario.

 Firma del consumidor o representante personal

 Fecha

 Nombre en letra de imprenta del consumidor o representante personal

 Descripción de la autoridad del representante personal



Envíe la información o la correspondencia solicitada a la atención de

___ Apartado postal 189
Goochland, Virginia 23063
804-556-5400 teléfono
804-556-5403 fax

___ 3910 Old Buckingham Road
Powhatan, Virginia 23139
804-598-2200 teléfono
804-598-3114 fax

DIVULGACIÓN DE COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Al firmar a continuación doy mi consentimiento para que GPCS se comunique por correo electrónico con la entidad indicada en este documento. Entiendo que, si bien GPCS solo enviará información de salud protegida mediante correo electrónico encriptado, existen riesgos inherentes al uso del correo electrónico.

- Un correo electrónico puede ser difundido inmediatamente en todo el mundo y ser recibido por muchos destinatarios previstos y no previstos.
- Los destinatarios pueden reenviar mensajes de correo electrónico a otros destinatarios sin el permiso o el conocimiento del remitente original.
- Los usuarios pueden fácilmente enviar incorrectamente un correo electrónico.
- Un correo electrónico es más fácil de falsificar que un documento escrito a mano o firmado.
- Pueden existir copias de seguridad de un correo electrónico incluso después de que el remitente o el destinatario hayan eliminado su copia.
- Un correo electrónico con información relacionada con el diagnóstico y/o el tratamiento de una persona atendida no se considera parte de los registros médicos.
- Todos los correos electrónicos pueden ser exhibidos en un litigio, independientemente de si forman parte de los registros médicos de una persona.

Atención: el correo electrónico no reemplaza al tratamiento ni debe usarse para situaciones de emergencia.

Autorizo el empleo de comunicación electrónica por motivos que, a mí parecer, superan los riesgos de utilizar medios electrónicos para compartir información. Entiendo que puedo revocar esta divulgación de comunicación por correo electrónico o toda esta divulgación de información en cualquier momento.

Firma del consumidor o representante personal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del consumidor o representante personal

Descripción de la autoridad del representante personal