Goochland Powhatan
COMMUNITY SERVICES
Connect. Grow. Thrive.

AUTHORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre del consumidor _____ Identificación de cliente _____
Fecha de nacimiento _____
autoriza a Goochland Powhatan Community Services a __ solicitar de y/o __ divulgar a:
Nombre de la entidad y/o persona: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ *Fax*: _____ *Correo electrónico*: _____
la siguiente información de salud protegida:

__ Evaluación/Valoración
__ Tratamiento
__ Medicamento(s) Recetados
__ Salud Física en General
__ Enfermedad Infecciosa: SIDA, VIH, TB, u otra
__ Información relacionada a una emergencia
__ Evaluación/Prueba psicológica
__ Información financiera
__ Resumen del alta

Información sobre el uso de sustancias a solicitar/divulgar:
__ Diagnóstico de uso de sustancias
__ Medicamentos para uso de sustancias
__ Resultados de laboratorio relacionados con el consumo de sustancias
__ Historial de uso de sustancias
__ Participación en servicios para uso de sustancias
__ Referido para/a servicios de uso de sustancias

__ Fotografías, videos, imágenes digitales u otras imágenes
__ Otros (Describa de forma específica y significativa la información sobre 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.):

_____

Esta información médica protegida se solicita y/o divulga para los siguientes fines:
__ A petición de la persona interesada __ Valoración __ Coordinación de cuidados __ Contacto de emergencia
__ Otro, especifique: _____

- Entiendo que mis registros de trastornos por uso de sustancias están protegidos bajo las leyes federales, incluyendo los reglamentos federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de los Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Partes 160 y 164, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que la normativa disponga lo contrario.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que se hayan tomado acciones basándose en ella. Este consentimiento vencerá 30 días después de la fecha de mi alta, a menos que se especifique lo contrario: _____
- GPCS no condicionará mi tratamiento, pago o inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios (si procede) sobre si doy autorización para el uso o divulgación solicitada, excepto (1) si mi tratamiento está relacionado con la investigación, o (2) los servicios de atención de salud se proporcionan a mí con el único propósito de crear información de salud protegida para su divulgación a un tercero.
- La información divulgada en virtud de esta autorización puede volver a ser divulgada por el destinatario y dejaría de estar protegida por la normativa federal en materia de protección de la intimidad.
- He recibido una copia de este formulario.

_____ _____
Firma del Cliente o del representante personal Fecha

_____ _____
Nombre en letra de molde del cliente o representante personal Descripción de la autoridad del representante personal

Goochland Powhatan
COMMUNITY SERVICES
Connect. Grow. Thrive.

AUTHORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Remita la información o 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 COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Mi firma a continuación indica que estoy permitiendo GPCS comunicarse por correo electrónico con la entidad indicada en este documento. Entiendo que, aunque GPCS sólo utilizará correo electrónico cifrado para enviar Información de Salud Protegida, existen riesgos inherentes al uso de correo electrónico.

- El correo electrónico puede difundirse inmediatamente por 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 equivocarse fácilmente de dirección de correo electrónico.
- El correo electrónico es más fácil de falsificar que los documentos manuscritos o firmados.
- Las copias de seguridad del correo electrónico pueden existir incluso después de que el remitente o el destinatario hayan borrado su copia.
- El correo electrónico que contiene información relativa al diagnóstico y/o tratamiento de una persona atendida no forma parte de la historia clínica.
- Todos los correos electrónicos pueden ser descubiertos en un litigio, independientemente de que figuren o no en el historial médico de una persona.

Nota: El correo electrónico no sustituye al tratamiento ni debe utilizarse en situaciones de emergencia.
Autorizo la comunicación electrónica por razones que, para mí, superan los riesgos de utilizar medios electrónicos para compartir información. Entiendo que puedo revocar esta autorización de comunicación por correo electrónico o toda esta autorización de divulgación de información en cualquier momento.

_____
Firma del cliente o del representante personal

_____
Fecha

_____
Nombre en letra de molde del cliente o representante personal

_____
Descripción de la autoridad del representante Personal