



Autorización de Divulgación de Información de Salud Protegida

Se me ha explicado que no firmar este formulario no afectará el tratamiento ni el pago, **sin embargo** podría afectar mi afiliación o mi elegibilidad para ciertos beneficios ofrecidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska. Entiendo las ventajas y desventajas, y libre y voluntariamente doy permiso de divulgar información específica relacionada conmigo.

Nombre del cliente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre.)		Fecha de nacimiento
Número de Seguro Social	Número de caso/expediente	Periodo cubierto 1 año a partir de firma de cliente
La información será divulgada a: (Nombre, dirección, ciudad, estado, código postal) Nebraska Department of Health and Human Services Tuberculosis Program, 301 Centennial Mall South Lincoln, NE 68509 La información a divulgarse en virtud de la presente autorización se limita a los registros y a la información de o en posesión de lo siguiente:		Razón para divulgar información : ___ Determinación de elegibilidad ___ Reclamo de seguro ___ Plan de tratamiento o consulta Otro (por favor especifique) _____

Información específica a ser divulgada:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Historial y examen físico |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Informe de alta médica |
| <input type="checkbox"/> Historial y tratamiento psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Formulario de remisión para cuidado subsiguiente |
| <input type="checkbox"/> Evaluación y tratamiento psicológico | <input type="checkbox"/> Información de VIH |
| <input type="checkbox"/> Historial social | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Información sobre drogas y alcohol | |

Esta autorización (a menos que haya sido revocada previamente por escrito) terminará en (debe escribirse la fecha o el evento) _____. Al firmar esta autorización, yo reconozco que la información a ser divulgada PUEDE INCLUIR material protegido por la ley federal y es aplicable a la información relacionada con drogas/alcohol o con VIH o AMBAS. Mi firma autoriza divulgar dicha información. También entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento enviando una solicitud por escrito; de acuerdo con la Notificación de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska, publicada el 23 de septiembre de 2013 y será honrada, con excepción de información que ya haya sido divulgada. También entiendo que si la(s) persona(s)/organización(es) autorizada(s) para recibir mi PHI [Información de Salud Protegida, por sus siglas en inglés] no pertenece a un plan de salud ni es un proveedor de cuidado de salud, es posible que la información divulgada ya no sea protegida por las normas de privacidad federales.

_____ Firma del cliente	_____ Fecha
_____ Representante personal (<input type="checkbox"/> Padre, <input type="checkbox"/> Guardián, <input type="checkbox"/> Apoderado legal)	_____ Fecha
_____ Firma del testigo	_____ Fecha

NOTIFICACIÓN AL BENEFICIARIO

Esta información le ha sido divulgada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por leyes federales y del Estado (que incluyen las Regulaciones Federales, 42 CFR Parte 2 de 1983), que le prohíben hacer divulgaciones adicionales sin el consentimiento específico por escrito de la persona a quien le concierne o según lo permitan de otro modo tales regulaciones. Una autorización general de divulgación de información médica o de otra índole NO es suficiente para este propósito.