



Autorización para Divulgar Información Confidencial

SECCIÓN 1: Datos de identificación

Nombre del cliente:

Fecha de nacimiento:

SECCIÓN 2: Complete esta sección para la divulgación de información confidencial de menores

Nombre(s) y fecha(s) de nacimiento del (los) menor(es):

SECCIÓN 3: ¿Con quién podemos compartir la información?

Por la presente autorizo a Catholic Charities West Michigan (CCWM) a que *

Solicite de

Solicite a

Intercambie con

la persona y/u organización indicadas a continuación:

Nombre y/u organización: *

Dirección:

Teléfono: *

Fax:

Correo electrónico:

SECCIÓN 4: ¿Por qué razón se permite compartir los registros con la persona/organización arriba mencionada?

*** SELECCIONE TODO LO QUE CORRESPONDA**

☐ Continuidad de cuidados

☐ Legal

Otros (especifique):

☐ Coordinación de cuidados

☐ Reclamación de prestaciones

SECCIÓN 5: ¿Qué registros pueden compartirse? *** SELECCIONE TODO LO QUE CORRESPONDA**

☐ Resumen del alta

☐ Notas de progreso

Otros (especifique):

☐ Valoraciones, evaluaciones

☐ Notas de visitas supervisadas

☐ Asistencia, fechas de servicio

☐ Plan de tratamiento, planes de servicio, revisiones

SECCIÓN 6: ¿Cómo puede compartirse la información? *** SELECCIONE TODO LO QUE CORRESPONDA**

☐ Correo

☐ Correo electrónico

☐ En persona

☐ Fax

☐ Teléfono

☐ Grabación de audio y vídeo

SECCIÓN 7: Otra información útil (opcional)	
Servicio CCWM:	
Lugar del servicio:	
Fecha(s) del servicio:	
Otros comentarios:	

SECCIÓN 8: Firma de la persona o del representante legal	
Entiendo que no estoy obligado a completar este formulario. Si no lo lleno, aún puedo recibir tratamiento, seguro médico o prestaciones. Sin embargo, sin este formulario, CCWM puede no tener toda la información necesaria para el tratamiento.	
Entiendo que esta autorización tiene vencimiento de un año a partir de la fecha de firma a continuación, a menos que indique aquí una fecha o evento anterior (ej. al final de mi tratamiento):	
Entiendo que mis registros pueden contener información relacionada con el tratamiento y/o diagnóstico de drogas y alcohol, y/o tratamiento de VIH u otras enfermedades de transmisión sexual protegidas bajo CFR 42 Parte 2, y otras leyes estatales y federales.	
☐ Autorizo la divulgación de información relacionada con el tratamiento de drogas/alcohol.	
☐ Autorizo la divulgación de información relacionada con el tratamiento del VIH u otras enfermedades de transmisión sexual.	
Firma: *	Fecha: *
Nombre del solicitante:*	Relación legal con el cliente:
Número de teléfono/correo electrónico (en caso de que necesitemos contactarlo):	

AVISO AL RECEPTOR DE LA INFORMACIÓN: Si la divulgación incluye registros de salud mental, la liberación posterior de la información divulgada por la autorización anterior está prohibida por el Código de Salud de Michigan, Sección 748. La información divulgada no podrá copiarse, compartirse ni volver a divulgarse, a menos que se haga de conformidad con la finalidad autorizada anteriormente mencionada. Si la divulgación involucra registros de tratamiento de abuso de sustancias, estos están protegidos por las Normas Federales de Confidencialidad, 42 CFR Parte 2. Las normas federales prohíben la divulgación posterior de esta información a menos que se permita expresamente mediante el consentimiento por escrito de la persona cuya información se está divulgando o según lo permitido por 42 CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin (véase §2.31). Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar en relación con un delito a cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, salvo lo dispuesto en §§2.12(c)(5) y 2.65.

Para uso exclusivo de Catholic Charities West Michigan	
Notas internas:	
Revocación: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito, sin embargo, la información previamente autorizada y divulgada antes de la fecha de mi firma a continuación no puede ser revocada.	
☐ Revocar mi autorización	
Firma:	Fecha:

Cómo completar el Formulario de Autorización para la Divulgación de Información Confidencial

Propósito: Por ley, Catholic Charities West Michigan (CCWM) tiene prohibido divulgar información confidencial del expediente de un cliente sin el consentimiento del cliente (con algunas excepciones). CCWM exige que las solicitudes de registros se presenten por escrito. El cliente (o representante legal) puede solicitar una copia del expediente utilizando este formulario. CCWM también aceptará formularios de otras entidades que cumplan con los criterios establecidos por las leyes estatales y federales aplicables.

Instrucciones: LOS CAMPOS MARCADOS CON UN ASTERISCO ROJO (*) SON OBLIGATORIOS.

Sección 1: Complete este formulario utilizando el nombre legal y la fecha de nacimiento de la persona para la que se solicitan los registros.

Sección 2: Cuando solicite registros correspondientes a menores de edad de los que usted sea el representante legal, incluya el nombre y la fecha de nacimiento del menor.

Sección 3: Indique si los registros se divulgarán, solicitarán o intercambiarán. Escriba el nombre de la persona y/u organización con la que desea que esto ocurra. Debe indicarse una dirección. La información de contacto adicional es útil si los registros se enviarán por fax o correo electrónico a una persona/organización.

Sección 4: Seleccione la(s) casilla(s) para indicar el propósito de compartir los registros.

Sección 5: Seleccione la(s) casilla(s) para especificar cada tipo de documento que puede compartirse.

Sección 6: Seleccione la(s) casilla(s) para especificar cómo deben compartirse los registros (por ejemplo, por correo, correo electrónico, fax, etc.).

Sección 7: Por favor, proporcione información adicional como el tipo de servicio, el lugar y las fechas de servicio para agilizar la entrega de los registros.

Sección 8: Lea el formulario de autorización. La autorización EXPIRARÁ un año después de la fecha de la firma, salvo que se especifique lo contrario en el formulario. Imprima y firme con su nombre. Feche la autorización. Indique un número de teléfono o una dirección de correo electrónico para ponerse en contacto con usted en caso de que surjan preguntas.

Tarifas: De acuerdo con la Regla de Privacidad HIPAA y la Ley de Acceso a Registros Médicos, Ley Pública 47 de 2004, MCL Sección 333.26269, CCWM puede requerir el pago por el procesamiento y la divulgación de registros antes de divulgar registros a una persona o entidad que no sea el cliente. La tabla que figura a continuación describe la lista de tarifas de divulgación de registros de CCWM. El CCWM puede eximir del pago de las tarifas a su discreción, dependiendo de las circunstancias y la naturaleza de la divulgación.

Solicitante de registros	Tipo de registro	Tarifa
Cliente dirigido a sí mismo	Registro en formato electrónico o en papel	Sin costo para el primer juego de registros; \$6,50 por cada copia adicional de solicitudes de más de 5 páginas.
Cliente dirigido a terceros (por ejemplo, médico, abogado, etc.)	Registro en formato electrónico o en papel	Sin costo para el primer juego de registros; \$6,50 por cada copia adicional de solicitudes de más de 5 páginas.
Solicitud de un tercero (por ejemplo, seguro, abogado, DDS, etc.)	Registro en formato electrónico o en papel	Tarifa fija de \$6,50 por el primer juego de registros y por cada solicitud adicional, o la tarifa estándar permitida por la entidad solicitante, la que sea mayor.

Envíe el formulario utilizando uno de los métodos siguientes:

Correo electrónico: compliance@ccwestmi.org

Correo: 40 Jefferson Ave SE, Grand Rapids, MI 49503

Fax: (616) 732-6391

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario o sobre el proceso de divulgación de registros, póngase en contacto con el Coordinador de Calidad y Cumplimiento llamando al (616) 551-5660. **Por favor, espere hasta 30 días para que la solicitud sea procesada.**