



Authorization
To Use and Disclose Protected Health Information (PHI)
ALL fields are required to be completed

**AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA U OBTENCIÓN DE
INFORMACIÓN MÉDICA Y SALUD**
Completa todas las secciones

Nombre: _____		Fecha de nacimiento: _____	
Direccion: _____		Sin Hogar	
Ciudad: _____	Estado: _____	Codigo Postal: _____	
Numero de Telefono # _____	Numero de Movil # _____		

De conformidad con las Normas de privacidad de la Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico de 1996, entiendo que:

1. No estoy obligado a firmar esta autorización y puedo negarme a hacerlo.
2. En general, por el mero hecho de que me niegue a firmar esta autorización, el proveedor de servicios médicos mencionado anteriormente no puede rehusarse a ofrecer tratamiento médico al alumno.
3. La información médica entregada puede ser revelada a terceros. La información no puede ser revelada a terceros si la persona o entidad que reciba dicha información también está obligada a seguir las normas de privacidad.
4. La ley permite a APS utilizar y revelar información protegida de la salud (Private Health Information o PHI, por sus siglas en inglés) sin obtener el permiso del paciente o de sus padres para planes de tratamiento, pago por servicios u operaciones administrativas de la salud, tales como concertar citas.
5. Puedo ver o copiar la información médica solicitada mediante esta autorización.
6. Puedo retirar esta autorización en cualquier momento. Deberé hacerlo por escrito y entregar el documento al proveedor de servicios médicos mencionado anteriormente. Si retiro esta autorización, la información revelada antes de que retire dicha autorización no se verá afectada.

Entiendo que mi información de salud está protegida por las normas federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes por abuso de alcohol y drogas (SUD), 42, C.F.R. Parte 2 que la nueva divulgación está prohibida, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de 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 se disponga lo contrario en las reglamentaciones.

*ACCESO: Entiendo que puedo solicitar una copia de mi registro. Mi(s) proveedor(es) revisará(n) mi solicitud y la solicitud puede ser denegada si se determina que los registros son perjudiciales para mí, mi tratamiento u otros.

NOMBRE DE LA AGENCIA QUE SOLICITA: Summit County Clubhouse
6304 Highland Drive
Park City, UT 84098
(801) 930-0277

Attn: _____
E-mail: _____

referrals@summitcountyclubhouse.org

NOMBRE DE LA AGENCIA O PERSONA AUTORIZADA PARA DIVULGAR:

OBJETIVO

Nombre/Agencia: _____		Attn: _____	
Direccion: _____		Telefono #: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____	Codigo Postal: _____	
Fax #: _____	Email: _____		



Authorization
To Use and Disclose Protected Health Information (PHI)
ALL fields are required to be completed

EXPIRACION

<input checked="" type="checkbox"/> Libertad condicional <input checked="" type="checkbox"/> Legal/Tribunal <input type="checkbox"/> Empleo	<input checked="" type="checkbox"/> Coordinación de la atención (remisión, plan de tratamiento, salud mental/evaluación psiquiátrica) <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Beneficios & elegibilidad
<input type="checkbox"/> 1x divulgación <input type="checkbox"/> _____ (marco de tiempo específico)	<input checked="" type="checkbox"/> Membresía finalizada o inactiva en Summit County Clubhouse

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____