

## SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO LEGADOS

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del consumidor: \_\_\_\_\_ CID#: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Legacy Behavioral Health Services (LBHS) está autorizado a: \_\_\_\_\_ revelar a y/o \_\_\_\_\_ obtener de:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Por favor marque todos los que apliquen:** \_\_\_\_\_ resumen de alta \_\_\_\_\_ historia/física \_\_\_\_\_ tratamiento psiquiátrico  
\_\_\_\_\_ evaluación psicológica

\_\_\_\_\_ plan de cuidado posterior \_\_\_\_\_ información familiar plan de tratamiento \_\_\_\_\_ información verbal/progreso del paciente

\_\_\_\_\_ otra especificar) \_\_\_\_\_

2. **Para el siguiente propósito: (marque todo lo que corresponda):** \_\_\_\_\_ ayuda en el tratamiento \_\_\_\_\_ participación familiar  
participación escolar

\_\_\_\_\_ planificación del alta \_\_\_\_\_ hacer un seguimiento \_\_\_\_\_ personal \_\_\_\_\_ referencia EAP \_\_\_\_\_ asuntos legales

\_\_\_\_\_ otra especificar) \_\_\_\_\_ Envíe el paquete del programa familiar y el cuestionario (cuando  
corresponda)

\_\_\_\_\_ Autorizo la divulgación de información sobre abuso de alcohol o drogas, si corresponde. (Consulte el  
párrafo 2 a continuación). Si Iniciales \_\_\_\_\_ Soy menor de edad, mi padre/madre/tutor/custodio por orden judicial y AMBOS  
debo poner mis iniciales aquí para poder  
información a ser divulgada.

\_\_\_\_\_ Autorizo la divulgación de información, si la hubiere, relacionada con las pruebas de VIH (Virus de  
Inmunodeficiencia Humana) y/o tratamiento para VIH o SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)  
Iniciales \_\_\_\_\_ y cualquier otra condición.

1. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las normas federales de privacidad u otras leyes estatales o federales aplicables (excepto según se establece en el párrafo 2 a continuación).
2. Entiendo que, de conformidad con 42 CFR Parte 2, los registros de abuso de alcohol y drogas que autorizo que se divulguen de conformidad con este documento no pueden volver a divulgarse sin mi consentimiento por escrito, excepto mediante una orden judicial que cumpla con las condiciones previas establecidas en 42 CFR 2.61 et seq., o las otras circunstancias limitadas específicamente permitidas por 42 CFR Parte 2. Cualquier individuo que haga tal divulgación en violación de estas disposiciones puede ser denunciado ante el Fiscal de los Estados Unidos y estar sujeto a sanciones penales.
3. Entiendo que DBHDD o mi proveedor de atención médica no condicionarán mi tratamiento, pago o elegibilidad para ningún beneficio aplicable a si Doy autorización para la divulgación de información solicitada.
4. Tengo la intención de que este documento sea una autorización válida que cumpla con todos los requisitos de la Regla de privacidad y la ley estatal, y entiendo que mi autorización permanecerá vigente para: (POR FAVOR MARQUE UNA)  
\_\_\_\_\_ un (1) año O \_\_\_\_\_ (2) el período necesario para completar todas las transacciones sobre asuntos relacionados con los servicios prestados a mí.
5. Entiendo que, a menos que esté limitado por las reglamentaciones estatales o federales, y excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basadas en ellas, puedo revocar esta autorización en cualquier momento, como se muestra en el espacio a continuación.
6. También entiendo que si interrumpo los servicios, esta autorización ya no es válida.

Firma del individuo/consumidor/paciente/solicitante Imprimir nombre Fecha Tiempoam PM

O Firma de otra persona autorizada para firmar por la Persona (marque una): Nombre en letra de imprenta Fecha  
Tiempoam PM

\_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ guardián \_\_\_\_\_ Custodio del menor designado por el tribunal \_\_\_\_\_ Agente designado por Particulares PAD

---

**Testigo**

Imprimir nombre

Fecha

Tiempoam PM

**UTILICE ESTE ESPACIO SÓLO SI SE RETIRA LA AUTORIZACIÓN**

**Por la presente revoco esta autorización,**

---

**Fecha en que se revoca esta autorización**

**Tiempoam PM**

**Firma de Persona Física o Representante Legalmente Autorizado**