



Divulgación de información por parte del cliente/Autorización de uso y divulgación

Nombre y apellido del cliente: _____ Fecha de nacimiento del cliente: _____
Fecha de hoy: _____ Estado: ☐ Activo ☐ Revocado
☐ Nulo ☐ Cliente rechazado

Como cliente de Health Solutions West, entiendo que las regulaciones estatales y federales rigen la confidencialidad y protección de mi información de salud de identificación individual (Título 42 del CFR, Parte 2, CRS 25.1, HIPAA). Excepto en situaciones legalmente requeridas o permitidas, la información sobre mí no puede ser divulgada a personas o agencias fuera de Health Solutions West, Inc. sin mi permiso por escrito. Entiendo que existen protecciones adicionales para la información sobre el abuso de sustancias y para la información sobre el VIH/SIDA.

Autorizo a Health Solutions West, Inc. enviar, recibir, intercambiar, usar o divulgar información médica sobre mí a:

Se requiere un (1) formulario por autorización.

Relación de terceros con el cliente: _____

Nombre del contacto: _____ Número de teléfono: _____
Agencia: _____ Número de fax: _____
Dirección: _____ Ciudad, Estado: _____

Doy mi consentimiento para divulgar los siguientes tipos de información enumerados: (Marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|---|--|
| ☐ Toda la información sobre el consumo de sustancias | ☐ Evaluación del diagnóstico |
| ☐ Información sobre VIH/SIDA | ☐ Información legal |
| ☐ Información médica/de laboratorio | ☐ Notas sobre el control de los medicamentos/progreso |
| ☐ Información relacionada con el pago/saldo | ☐ Evaluaciones psiquiátricas |
| ☐ Examen neuropsicológico/neurológico | ☐ Historia social/antecedentes |
| ☐ Resúmenes de la actualización o el alta | ☐ Otro (especifique) _____ |

Propósito: (Seleccione al menos uno)

- ☐ Continuidad de la atención
☐ Coordinación de los servicios
☐ Tratamiento
☐ A solicitud de la persona
☐ Otro (especifique) _____

Health Solutions West
515 28 3/4 Road
Grand Junction, CO 81501
Medical Records Department (Departamento de Registros Médicos)
Teléfono: (970) 683-7252
Fax: (970) 683-7055

Nueva divulgación

Entiendo que la información divulgada en función de esta Autorización, excepto la información sobre un trastorno por consumo de sustancias, puede volver a ser divulgada por el destinatario y ya no estará protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de la Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) (HIPAA) (Título 45 del CFR, parte 164). Los registros sobre un trastorno por consumo de sustancias continuarán estando protegidos por las normas federales después de la divulgación y no pueden divulgarse ni volver a divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las normas pertinentes (Título 42 del CFR, parte 2).

Prohibición de condicionar las autorizaciones

Entiendo que no se me puede solicitar que firme esta Autorización como condición para el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios. Health Solutions West no puede negarse a tratarme si rechazo esta Autorización a menos que esta Autorización sea necesaria para mi participación en un estudio de investigación, o que el propósito del tratamiento sea proporcionar información a la persona/entidad identificada en esta Autorización.

Vencimiento y derecho a revocar (cancelar)

Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento, salvo en la medida en que ya se haya divulgado u obtenido información en virtud de la misma. La revocación debe hacerse por escrito. Si no se revoca, esta Autorización expirará en dos (2) años a partir de la fecha en que la firme, a menos que se especifique aquí una fecha anterior:

Fecha de vencimiento: _____

Firma del cliente o su representante

Fecha

Si es un representante, su relación con el cliente

Nombre del testigo: _____

Revisado:
4/2025