

Servicios de Salud del Comportamiento

AUTORIZACIÓN para el uso y revelación de servicios de salud del comportamiento

Por medio de la presente autorizo a AltaMed Health Services Corporation a proporcionar o solicitar mis registros de salud del comportamiento a las personas u organizaciones que se mencionan a continuación. **Esta solicitud carecerá de validez si no están llenas todas las secciones de este formulario.**

PROPORCIONAR INFORMACIÓN DE:

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Expediente del paciente #: _____

Teléfono #: _____

Email: _____

PROPORCIONAR INFORMACIÓN A:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono #: _____

Fax #: _____

Divulgar de los registros de salud del comportamiento que se solicitan aquí es con el siguiente fin (marcar solo uno):

PROPÓSITO DE LA INFORMACIÓN QUE SE VA A PROPORCIONAR:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Uso personal | <input type="checkbox"/> Segunda opinión médica | <input type="checkbox"/> Propósitos legales |
| <input type="checkbox"/> Continuar mi cuidado médico | <input type="checkbox"/> Cambio de proveedor | <input type="checkbox"/> Solicitud de beneficios del Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> Otro (Favor especificar): _____ | | |

Fechas de servicio: De: ____ / ____ / ____ A: ____ / ____ / ____ Todas las fechas de servicio

Cuando varias solicitudes de revelación se hayan hecho, el paciente o la persona con la tutela legal del paciente deberán llenar una solicitud por cada solicitud de revelación.

TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE VA A PROPORCIONAR:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Notas de la terapia clínica | <input type="checkbox"/> Notas de salud del comportamiento | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Toda mi historia clínica de salud del comportamiento a otro profesional de la salud mental para continuar mi atención. | <input type="checkbox"/> Toda mi historia clínica de salud del comportamiento a un no profesional de la salud; no para continuar mi atención. | |
| <input type="checkbox"/> Otro (Favor especificar): _____ | | |

METODO PARA PROCESAR LA SOLICITUD:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enviar por correo a la dirección indicada | <input type="checkbox"/> Paciente o tutor legal lo recogerá |
| <input type="checkbox"/> Enviar por fax al número indicado | <input type="checkbox"/> Otro (Favor especificar): _____ |
- Si firma otra persona que no sea el paciente, indicar su parentesco
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Padre o tutor legal | <input type="checkbox"/> Individuo con poder legal |
| <input type="checkbox"/> duradero | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Individuo que lo cuida | Representante personal o legal |
| Otro (Favor especificar): _____ | |

Firma del paciente	Fecha
Nombre completo del testigo	Título
Firma del testigo	Fecha

El testigo debe ser un empleado de AltaMed Health Services Corporation y verificar la identidad del paciente. Si el representante es el que está haciendo esta solicitud, el testigo debe verificar sus credenciales (i.e, el poder legal, etc.) y archivar copia de las pruebas en el expediente del paciente.

NINGUNA ENTREGA O SOLICITUD DE REGISTROS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO PUEDE SER PROCESADA SIN LAS FIRMAS DEL PACIENTE Y EL TESTIGO.

SOLO PARA USO OFICIAL

Yo soy un psiquiatra; un psicólogo clínico; un trabajador social **licenciado en salud mental en el estado de California** y a cargo del cuidado, supervisión y tratamiento de dicho paciente. Como tal, por medio de la presente, apruebo desapruero esta solicitud.

Razones por las que se desapruerba la solicitud:

- El paciente previamente acordó una negativa temporal de acceso a su expediente de salud del comportamiento mientras fuese parte de un proceso de investigación que incluyese tratamiento. Por esto los expedientes relacionados con dicha autorización invalidan la misma (incluir copia del consentimiento).
- El acceso del paciente a su expediente de salud del comportamiento está sujeto a la Ley de Derecho a la Privacidad 5 USC 522(a).
- Los registros de salud del comportamiento fueron obtenidos por alguien distinto del proveedor de atención médica bajo la promesa de confidencialidad y el acceso a esta información revelará la fuente de información.
- Un licenciado en salud mental de AltaMed ha determinado que el acceso o la revelación de dicho expediente podría poner en peligro la vida o la seguridad física del paciente y/u otras personas.
- Los registros de salud del comportamiento hacen referencia a otra persona (a no ser que la persona sea un proveedor de atención médica) y un licenciado en salud mental ha determinado que la revelación de la información solicitada probablemente causará daños al paciente y/o a otra persona.
- La solicitud de acceso es hecha por un representante personal del paciente (excluido su abogado) y un profesional de la salud autorizado de AltaMed ha determinado que proporcionar dicho acceso es probable que cause un daño sustancial al individuo o a otra persona.
- El nivel de detalle solicitado para la persona o entidad mencionada anteriormente es considerado inapropiado debido a que no es un proveedor de salud mental autorizado. Con respecto a los registros solicitados, el profesional de la salud del comportamiento preparará un resumen que considera apropiado de revelar. Ver la sección de **Pautas de aprobación** para detalles sobre la revelación de los registros solicitados.

Restricciones de la revelación:

Indicar cuales registros no han sido aprobados para ser revelados:

Fecha del registro: _____ Tipo: _____

Indique las personas o entidades a las cuales el uso, acceso o revelación les ha sido negada:

Entidad o individuos: _____

Parentesco con el paciente: _____

Pautas de aprobación:

La siguiente entrega o solicitud ha sido autorizada:

- Entrega de lo solicitado Revelación completa Revelación parcial Revelación limitada

Firma del proveedor:	Título:	Fecha:
----------------------	---------	--------