

1301 N. 47<sup>th</sup> St., Kansas City KS 66102 **Teléfono:** (913) 328 – 4689 **Fax:** (913) 563 – 6596 **Correo electrónico:** wbhnmedicalrecords@wyandotbhn.org

**Nombre del cliente:** \_\_\_\_\_ **Nombre Elegido:** \_\_\_\_\_

**Nro. telefónico:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Últimos 4 dígitos del SSN:** \_\_\_\_\_

**\*Nombre del centro/Persona que divulga la información a/Fuente de la información:**

**Centro:** \_\_\_\_\_ **Individuo:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_)

**Domicilio, ciudad/estado/código postal:** \_\_\_\_\_

**Nro. telefónico:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ **Nro. de fax:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**\*Información que se divulga (Colocar a continuación las iniciales del cliente/tutor/representante en todas las que corresponda):**

<input type="checkbox"/> Para intercambiar información con	<input type="checkbox"/> Para divulgar información a	<input type="checkbox"/> Para obtener información de
<input type="checkbox"/> Revisión del diagnóstico	<input type="checkbox"/> Historial médico completo	<input type="checkbox"/> Diagnóstico de trastorno por el uso de sustancias
<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento	<input type="checkbox"/> Progreso durante el tratamiento	<input type="checkbox"/> Evaluación sobre trastorno por el uso de sustancias
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Evaluación psicológica	<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento para el trastorno por el uso de sustancias
<input type="checkbox"/> Evaluación inicial	<input type="checkbox"/> Registros escolares	<input type="checkbox"/> Notas del progreso del trastorno por el uso de sustancias
<input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	

**Comunicación verbal y/o escrita:** \_\_\_\_\_ Notas del progreso a partir de: (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) y hasta (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

**Clínica** \_\_\_\_\_  **Financiera** \_\_\_\_\_  **Rango de fechas a divulgar:** (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) a (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

**\*Objetivo de la divulgación (Colocar a continuación las iniciales del cliente/tutor/representante en todas las que corresponda):**

Evaluación  Coordinación de la atención  Procedimientos legales  Colocación/Evaluación escolar

Otro: \_\_\_\_\_

**Fecha de vencimiento:** (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) La presente autorización permanecerá vigente (a menos que sea expresamente revocada) hasta la fecha de vencimiento o evento designado (**no debe exceder un año desde la fecha de la firma**). Tengo derecho de revocar la presente autorización, por escrito y en cualquier momento, salvo si Wyandot BHN Inc. ha tomado medidas en relación con ella. Solo la información especificada puede ser divulgada a la persona o agencia especificada. La información utilizada o divulgada en virtud de la Autorización puede estar sujeta a una segunda divulgación por parte del destinatario y no queda protegida por la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability Act Privacy Rule) (título 45 del C.F.R., parte 164) y la Ley de Privacidad (Privacy Act) de 1974 (título 5 del U.S.C., 552a). Wyandot BHN Inc. no puede garantizar que el destinatario mantendrá la confidencialidad de esta información que he autorizado a divulgar.

\_\_\_\_\_  
**Nombre impreso del cliente/padre/madre/tutor/representante** (Relación con el cliente)

(\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_  
**Firma del cliente/padre/madre/tutor/representante** **Fecha**

(\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_  
**Firma del testigo** **Fecha**

**\*Iniciales del cliente/tutor/representante:** \_\_\_\_\_ **Doy mi consentimiento para que mi proveedor de WBHN atestigüe el presente documento.**

**\*Iniciales del cliente/padre/madre/tutor/representante:** \_\_\_\_\_ **Doy mi consentimiento y reconozco que es posible que la información confidencial relacionada con el tratamiento o derivaciones relacionadas con el abuso del alcohol o sustancias, enfermedades de transmisión sexual; información relacionada con la salud mental y/o el tratamiento o situación relacionada con el VIH/SIDA se incluya en mi historial y pueda ser divulgada como resultado de otorgar la presente autorización.**

**AVISO AL DESTINATARIO: PROHIBICIÓN DE SEGUNDA DIVULGACIÓN**

\*Esta información se le ha divulgado a partir de un historial cuya confidencialidad queda protegida por la ley federal. Las leyes y regulaciones federales no protegen la información relacionada con sospechas de abuso o abandono infantil en caso de ser reportados en virtud de la ley estatal a las autoridades estatales o locales correspondientes. (Consulte el título 42 del U.S.C., 290dd-3 y 42 del U.S.C., 290ee-3, así como el título 42 del Código de Reglamentos Federales). Los reglamentos federales (título 42 del C.F.R., parte 2) le prohíbe volver a divulgar este historial sin consentimiento por escrito específico de la persona a la que le pertenece, u otro tipo de autorización de conformidad con dichos reglamentos. La autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo **NO** es suficiente para este propósito. El título 42 del C.F.R., parte 2, restringe el uso de la información sobre abuso de sustancias para investigar como delito o enjuiciar a cualquier paciente que abusa del alcohol o las drogas.

For WBHN Internal Use, Please Check: \_\_\_\_\_ **File** \_\_\_\_\_ **Send Records** \_\_\_\_\_ **Get Records**

Staff Requesting Records/Release of Records \_\_\_\_\_ **Chart #**