

1301 N 47th Street
Kansas City, Kansas 66102

Teléfono: (913) 328-4689
Fax: (913) 563-6596
Correo Electrónico: wbhnmedicalrecords@wyandotbhn.org

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Información de Cliente

Nombre de Cliente: _____
Nombre Elegido: _____
Identificación del Cliente: _____
Fecha de Nacimiento: _____

INSTALACIÓN/PERSONA QUE DIVULGA INFORMACIÓN A/OBTIENE INFORMACIÓN DE:

Nombre de la instalación/individuo: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Fax: _____
Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN A DIVULGAR

Seleccione todas las opciones que correspondan y coloque sus iniciales junto a cada opción seleccionada

Para intercambiar información con:

- | | |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Revisión del diagnóstico | Iniciales: _____ |
| <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento | Iniciales: _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos | Iniciales: _____ |
| <input type="checkbox"/> Evaluación inicial | Iniciales: _____ |

- Evaluación psiquiátrica Iniciales: _____
- Comunicación verbal y/o escrita Iniciales: _____

Para divulgar información a:

- Historial médico completo Iniciales: _____
- Progreso durante el Tratamiento Iniciales: _____
- Evaluación psicosocial Iniciales: _____
- Registros Escolares Iniciales: _____
- Otro: _____ Iniciales: _____
- Rango de fechas a divulgar: _____ to _____

Para obtener información de:

- Diagnóstico de trastorno por el uso de sustancias Iniciales: _____
- Evaluación sobre trastorno por el uso de sustancias Iniciales: _____
- Plan de tratamiento para el trastorno por el uso de sustancias Iniciales: _____
- Notas del progreso del trastorno por el uso de sustancias Iniciales: _____

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN

- 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.

Firmas

Nombre en letra de molde del cliente/padre/madre/tutor/representante:

Relación con el cliente:

Firma del cliente/padre/madre/tutor/representante:

Fecha:

Firma del joven (requerida si tiene 14 años o más para expedientes de salud mental según K.S.A. 65-5602)

Fecha:

Firma del testigo:

Date:

Doy mi consentimiento para que mi proveedor de wbhn atestigüe el presente documento.

INICIALES DEL CLIENTE/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.

INICIALES DEL CLIENTE/TUTOR/REPRESENTANTE: _____

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.

Internal Use Only

Select all that apply:

- File
- Send Records
- Get Records