

CANVAS HEALTH
CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PRIVADA



Información del cliente	Nombre _____ Nombre anterior _____ Fecha de nacimiento _____ Número de teléfono durante el día _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Divulgación de información médica	<input type="checkbox"/> Autorizo a Canvas Health a RECIBIR información DE: <input type="checkbox"/> Autorizo a Canvas Health a DIVULGAR información A: Proveedor/Persona/Nombre de la organización _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____ (opcional) Fax _____ (opcional) Correo electrónico _____ (opcional)
Objeto de la divulgación	<input type="checkbox"/> Continuidad de la atención <input type="checkbox"/> Solicitud del cliente <input type="checkbox"/> Abogado/representante legal <input type="checkbox"/> Otro, explique _____
¿Quiere que solamente Canvas Health discuta su información privada (verbalmente) con la persona u organización mencionada arriba? <input type="checkbox"/> Verbalmente ¿O también quiere que Canvas Health comparta o reciba los expedientes (por escrito) con la persona u organización mencionada arriba? <input type="checkbox"/> Por escrito	
Información médica que se divulgará	<input type="checkbox"/> Historia clínica completa (incluye todos los expedientes que se mencionan a continuación) <input type="checkbox"/> Parte de la historia clínica (marque una o más opciones) <input type="checkbox"/> Evaluación diagnóstica de salud mental <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento de salud mental <input type="checkbox"/> Resumen del alta/notas del progreso de salud mental <input type="checkbox"/> Expedientes externos de salud mental <input type="checkbox"/> Resumen/diagnóstico/evaluación del uso de sustancias conforme a la Norma 25 <input type="checkbox"/> Resumen del alta/notas del progreso del uso de sustancias <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento para el uso de sustancias <input type="checkbox"/> Expedientes externos sobre el uso de sustancias Fechas específicas de servicio _____ <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica <input type="checkbox"/> Análisis/información sobre medicamentos <input type="checkbox"/> Evaluación psicológica <input type="checkbox"/> Expedientes de salud física <input type="checkbox"/> Tratamiento hospitalario/resumen del alta <input type="checkbox"/> Expedientes académicos <input type="checkbox"/> Otro (describa) _____
Autorización	<p>Esta autorización tiene validez hasta que me den el alta de todos los programas Canvas Health, salvo que indique alguna otra fecha, evento o situación: _____</p> <p>Entiendo que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a Canvas Health. • La revocación de esta autorización no afecta la información que ya se divulgó conforme a esta autorización. • Tengo derecho a inspeccionar u obtener una copia de la información médica divulgada. • Si la información divulgada está dirigida a un proveedor de atención médica o plan de salud cubierto por las leyes de privacidad federales estará protegida por dichas leyes. Es posible que la información dirigida a otras personas/entidades no esté protegida por las leyes de privacidad estatales o federales y puede volver a divulgarse. • Canvas Health no puede prevenir la divulgación nueva de las revelaciones de la información médica protegida originadas por esta solicitud y, por lo tanto, Canvas Health queda exenta de cualquier responsabilidad que pudiera resultar de una nueva divulgación. • Si esta revelación implica la divulgación de información relativa a un cliente que se encuentra en tratamiento por abuso de drogas o alcohol, se trata de información que se ha divulgado de expedientes protegidos por la norma de confidencialidad federal, Parte 2, Título 42 del CFR. La norma federal le prohíbe divulgar esta información a menos que la persona a quien pertenece lo permita expresamente en un consentimiento por escrito, tal como se permite en la Parte 2, Título 42 del CFR. Una autorización general para la divulgación de la información médica o de otra índole NO es suficiente para tal fin. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a un paciente en tratamiento por abuso de drogas o alcohol. • No tengo que firmar este formulario. Se me podrá seguir brindando el tratamiento incluso si no firmo este formulario. • "Canvas Health" es una denominación general que se refiere a cualquier programa de salud mental o uso de sustancias administrado por Canvas Health. <p>_____ Firma del paciente o representante del paciente</p> <p>_____ Nombre del representante en letra imprenta</p> <p>_____ Fecha</p> <p>_____ Relación con el cliente</p>