

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

INSTRUCCIONES

Es la política de Trillium Health Resources obtener el consentimiento del afiliado (siempre que sea posible) antes de divulgar información de salud protegida. Si usted necesita solicitar expedientes médicos de un afiliado llene e imprima este formulario, y envíelo por correo a Trillium Records management en la dirección 144 Community College Rd, Ahoskie, NC 27910 o envíela por fax al 252.209.6084.

Important Notes:

1. Las solicitudes de notas de psicoterapia no se puede solicitar en el mismo formulario de cualquier otro tipo de información de salud protegida. Un formulario adicional debe ser llenado para solicitar estos registros.
2. Las solicitudes de registros creados por proveedores que están practicando actualmente en Carolina del Norte deben ser asegurados por ese proveedor.
3. Trillium mantiene el historial limitado del afiliado de los siguientes

Agencias que han cerrados:

- Albemarle Mental Health Center
 - CoastalCare
 - East Carolina Behavioral Health (ECBH)
 - Neuse Mental Health Center
 - Onslow Carteret Behavioral Health (OCBH)
 - Pitt Mental Health Center
 - Roanoke /Chowan Human Services Center
 - Southeastern Center for Mental Health, Developmental Disabilities and Substance Abuse Services
 - Tideland Mental Health Center
4. Trillium, también mantiene historial limitado del afiliado, de proveedores que no están practicando actualmente en Carolina del Norte.
 5. Si estos registros contienen información concerniente a uso de sustancias o tratamientos por uso de alcohol, re-divulgar estos registro está **ESTRICTAMENTE PROHIBIDO** sin una autorización escrita del afiliado

Instrucciones para Completar el Formulario de Autorización

Complete los espacios en blancos siguientes:

1. Proporcione los siguientes datos del afiliado, nombre completo, nombre de soltera u otros nombres anteriores, fecha de nacimiento y número de seguro social si está disponible.
2. Si el afiliado está presente y solicitando los registros para ser enviado a su oficina, diga al afiliado que escriba su nombre en la siguiente declaración: “yo, _____ testifico, solicito y autorizo...” Si usted, como proveedor, está solicitando los registros, escriba su el nombre de la práctica y su nombre en la misma declaración.
3. Introduzca el nombre de la organización/servicio/persona de donde vienen los registros. (Ejemplos: Southeastern Center, Roanoke/Chowan Human Services Center etc...)
4. Introduzca el nombre de la organización/centro/persona al que desea mandar los registros enviados. Proporcione la dirección complete y número de fax.
5. Indicar específicamente qué registros desea que sean enviado. (Ejemplos: lista de medicamentos actualizada, última evaluación psicológica, CCA)
6. Especifique el propósito de esta divulgación. (Ejemplo: Tratamiento y cuidados)
7. Indique la fecha que caducará la autorización de divulgación. Normalmente es 1 año a partir de la fecha de la firma.
8. Firma y ponga la fecha. Si usted no es el afiliado, por favor, indique su relación con el afiliado y presente documentación suplementaria. (Ejemplos: Proveedor, Poder Notarial de cuidados de salud, Custodia de documentos, si usted es el guardián legal, o una declaración notarial como la persona en lugar de los padres.)

Si tiene preguntas, por favor llame al 1-866-998-2597.

Consentimiento para la divulgación de Información del Afiliado

Nombre del afiliado _____ Número del Record _____

Fecha de Nacimiento _____ Número del Seguro Social _____

Este formulario de autorización implementa los requisitos para obtener una autorización del afiliado, para utilizar y divulgar su información médica protegida por:

- Ley Federal de Privacidad de información de Salud, 45 CFR Partes 160, 164
- Ley Federal de Confidencialidad abuso de alcohol y drogas, 42 CFR, Parte 2
- Ley de Confidencialidad del Estado de Carolina del Norte que rige los servicios de salud mental, discapacidades del desarrollo, y abuso de sustancias, NC GS § 122C.

Yo, _____ Solicito y autorizo a ,

Trillium Health Resources a divulgar/recibir de los registros la información de salud especificada de la personal arriba indicando para/del:

Para el propósito específico (s) de:

Los datos que serán divulgados / recibidos incluyen la siguiente información protegida: (Por favor, especifique)

Historial y Examen Físico	Evaluación Psiquiátrica	Diagnostico
Evaluación de detección	Resumen de Alta	Otro
Medicamentos actuales	Plan de Servicio/Tratamiento	Especifique
Reclamos/Beneficios del Seguro	Exámenes psicológicos / Psyc-ED	
Exámenes de Laboratorio	Notas de Progreso	

Personas que no hablen Inglés

Si el inglés no es su idioma primario del afiliado, es responsabilidad del proveedor poner a disposición servicios de intérprete al afiliado sin costo. Esa responsabilidad incluye tener alguien que pueda interpretar y explicar este Consentimiento para la divulgación de Información del Afiliado. Por favor póngase en contacto con Trillium Health Resources si tiene alguna pregunta en el teléfono 1-877-685-2415.

Yo entiendo que esta autorización expirará el día, condición o situación abajo explicada

Entiendo que si no especifico una fecha o condición para la expiración de esta autorización, esta autorización será válida durante el período de tiempo necesario para cumplir su propósito hasta un año, excepto divulgaciones de transacciones financieras que en ese caso la autorización es válida por tiempo indefinido. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y que tender que firmar la sección de revocación en el dorso de este formulario. Entiendo que cualquier acción tomada en esta autorización antes de la fecha de rescindir es legal y vinculante.

ENTIENDO QUE SI MI REGISTRO CONTIENE INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA INFECCIÓN POR VIH, SIDA O CONDICIONES RELACIONADAS CON EL SIDA, ABUSO DE ALCOHOL, ABUSO DE DROGAS, CONDICIONES PSICOLÓGICAS O PSIQUIÁTRICAS O PRUEBAS GENÉTICAS, ESTA DIVULGACIÓN INCLUIRÁ ESA INFORMACIÓN.

Entiendo que mi información no está protegida de la re-divulgación por el solicitante de la información; sin embargo, si esta información está protegida por las regulaciones federales de confidencialidad de abuso de sustancias, el destinatario puede no volver a revelar tal información sin mi autorización escrita, a menos que las leyes del Estado o Federales no indiquen lo contrario.

También entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, pago de servicios o mi elegibilidad para beneficios; sin embargo, si un servicio es solicitado por un proveedor que suple tratamiento (p. ej., compañía de seguros) con el único propósito de crear información de salud (por ejemplo, examen físico), este servicio puede ser negado si no se da la autorización. Si el tratamiento está relacionado con estudios médicos, el tratamiento puede ser denegado si no se da la autorización.

Entiendo que puedo pedir que una copia de esta autorización firmada.

FIRMAS

Firma del Afiliado

Fecha

Testigo(si es requerido)

Firma del Representante

Fecha

Relación/Autoridad del Representante

SECCIÓN DE REVOCACIÓN

SOLAMENTE llene esta sección cuando usted no quiera que Trillium divulgue su registro médico.

Por la presente solicito que esta autorización a divulgar información de salud de

_____ (Nombre del Afiliado)

Firmada por _____ el _____
(Nombre de la persona quien firmo esta autorización) (Fecha que fue firmada)

sea cancelada, efectivo el _____ (fecha). Entiendo que cualquier acción tomada antes de esta cancelación esta legal y vinculante.

Firma del Afiliado

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Firma del Representante

Fecha

Relación/Autoridad del Representante

Fecha

SECCIÓN DE REVOCACIÓN VERBAL

Por la presente testifico a la solicitud verbal de la revocación de esta autorización por

_____ el _____ (fecha). El Afiliado o su representante personal ha sido informado que cualquier acción tomada por esta autorización antes de la fecha de cancelación es legal y vinculante.

Signature of Staff

Date

Signature of Witness

Date

*NOTA: Esta autorización fue revocada en
 fecha:*

Date

Signature of Staff