

**Office Use only/SOLO para uso de oficina**

**Immediate Action Needed:**  File Only  Request Records  Request Sent Staff Signature \_\_\_\_\_

Nombre del cliente \_\_\_\_\_ (Nombre de soltera, si corresponde) Últimos 4 dígitos de SSN \_\_\_\_\_ Fec. Nac. \_\_\_\_\_ Identificación JCMHC \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a **Johnson County Mental Health Center**:  divulgar Y/O  recibir de

\_\_\_\_\_ (agencia, programa, o individuo, si es un individuo, identifique la relación con el cliente)

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Núm. Fax \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

<b>Tipo de expedientes autorizados para ser divulgados, uno o ambos tipos de expedientes deben marcarse para que sea una autorización válida</b>		Salud Mental <input type="checkbox"/> y/o <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias
<b>JCMHC divulgará (marque cada una que corresponda)</b>	<b>JCMHC recibirá (marque cada una que corresponda)</b>	
<input type="checkbox"/> Reconocimiento de tratamiento <input type="checkbox"/> Info. de facturación y/o seguro <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Plan/Resumen del alta <input type="checkbox"/> Información de admisión/ingreso <input type="checkbox"/> KCPC (SOLO versión electrónica) <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio <input type="checkbox"/> Notas Med/Psic. (intervalo de fechas) _____ / _____ al _____ / _____ <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Plan de cuidado/Plan de tratamiento <input type="checkbox"/> Notas de evolución (intervalo de fechas) _____ / _____ al _____ / _____ <input type="checkbox"/> Resumen de la evolución (cartas) <input type="checkbox"/> Evaluación/Informes psiquiátricos <input type="checkbox"/> Evaluación/Informes psicológicos <input type="checkbox"/> Resultados de tuberculosis <input type="checkbox"/> UA	<input type="checkbox"/> Reconocimiento de tratamiento <input type="checkbox"/> Info. de facturación y/o seguro <input type="checkbox"/> Colocación para el bienestar de menores <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Plan/Resumen del alta <input type="checkbox"/> Vacunación <input type="checkbox"/> Información de admisión/ingreso <input type="checkbox"/> KCPC (SOLO versión electrónica) <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio <input type="checkbox"/> Notas Med/Psic. (intervalo de fechas) _____ / _____ al _____ / _____ <input type="checkbox"/> Antecedentes médicos <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Plan de cuidado/Plan de tratamiento <input type="checkbox"/> Notas de evolución (intervalo de fechas) _____ / _____ al _____ / _____ <input type="checkbox"/> Resumen de la evolución (cartas) <input type="checkbox"/> Evaluación/Informes psiquiátricos <input type="checkbox"/> Evaluación/Informes psicológicos <input type="checkbox"/> Informe escolar /IEP/504 <input type="checkbox"/> Resultados de tuberculosis <input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> Documentos de exención	

Entiendo que esta información se utilizará para el siguiente propósito(s):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinación de la atención del cliente/tratamiento              | <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia                                      |
| <input type="checkbox"/> Coordinación de la atención del cliente y facturación /reembolso | <input type="checkbox"/> El cliente/tutor solicita los expedientes para uso personal |
| <input type="checkbox"/> Testimonio del tribunal (se requiere una citación)               | <input type="checkbox"/> Otro: _____   |

*Entiendo que la información de atención de salud puede incluir información médica, psiquiátrica, abuso de alcohol y drogas, diagnóstico o tratamiento y/o de VIH. A menos que se especifique lo contrario, se divulgarán los expedientes de atención médica de los últimos seis meses de servicios. Entiendo que mis expedientes están protegidos por la ley y no se pueden divulgar o volver a divulgar sin mi consentimiento. Sin embargo, los expedientes divulgados desde Johnson County Mental Health Center a una entidad no regida pueden estar sujetos a una nueva divulgación y ya no están protegidos. Entiendo que no estoy obligado a autorizar la divulgación de mi información de salud protegida para recibir tratamiento. Puedo solicitar una copia de esta autorización y la información divulgada. Puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en las situaciones en las que Johnson County Mental Health Center haya realizado una acción en virtud de dicha autorización. Una foto o copia electrónica de esta autorización se considera con la misma validez que la original. Al firmar esta autorización, reconozco que he leído y entiendo las divulgaciones que he autorizado y tengo el derecho legal y la autoridad para firmar este documento. **A menos que lo revoque antes, este consentimiento caducará en 365 días u otro período de tiempo indicado.***

- 30 Días  60 Días  90 Días  180 Días

Firma del cliente (14 años de edad o mayor) \_\_\_\_\_ Nombre del cliente con letra de molde \_\_\_\_\_ Fecha firmado \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor legal \_\_\_\_\_ Nombre del padre o tutor legal con letra de molde \_\_\_\_\_ Fecha firmado \_\_\_\_\_

**El Cliente/Tutor puede revocar la Autorización para Divulgar Información (ROI), verbalmente, por escrito o utilizando el formulario Revocación de Divulgación de Información. El formulario de revocación y la política completa se encuentran en nuestro sitio web: [jocogov.org/mentalhealth](http://jocogov.org/mentalhealth) o en cualquiera de nuestras ubicaciones.**

**Exclusión de Revocación solamente servicios de abuso de sustancias:** \*\* Si el tribunal ordenó mi tratamiento, este permiso no puede revocarse hasta que yo sea liberado oficialmente del confinamiento, libertad condicional o del periodo de prueba

**Prohibición de divulgar nuevamente:** Esta información le ha sido divulgada a usted de expedientes cuya confidencialidad está protegida por la ley. 42 CFR Parte 2 y otras leyes estatales y federales prohíben la divulgación no autorizada de estos expedientes.