



Behavioral Health Network

AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO INFORMACIÓN Y EL CUIDADO DE LA SALUD INTEGRADA

Este formulario autoriza a BHN a divulgar información de salud protegida acerca de Trastornos en el Uso de Sustancias (SUD) con otros programas dentro de BHN.

Nombre del Cliente en Letra de Molde:

Nombre	Inicial	Apellidos	Fecha de Nacimiento	Numero de Cliente
--------	---------	-----------	---------------------	-------------------

Con el fin de proporcionar los mejores servicios y resultados, BHN proporciona un enfoque de equipo integrado en nuestro trabajo con usted. Nuestro enfoque tiene en cuenta su salud mental, el consumo de sustancias, la gestión de servicios de salud, la coordinación de cuidados de salud, las necesidades médicas, sociales y económicas que afectan su salud y bienestar. Este modelo se considera una práctica recomendada. Para ello, queremos trabajar con todos sus proveedores dentro de BHN. Esta versión autoriza a BHN a proporcionarle el cuidado de la salud integrada.

RECONOCIMIENTO CONCERNIENTE A LOS EXPEDIENTES DE TRATAMIENTO DE ALCOHOL Y DROGAS

Entiendo que mis expedientes de tratamiento en el uso de sustancias están protegidos bajo las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad de los Expedientes de Pacientes de Abuso de Alcohol y Drogas, 42 C.F.R. Parte 2 (Parte 2 del Reglamento), y el Acta de Seguros de Salud de Portabilidad y Rendición de Cuentas de 1996, 45 C.F.R., Partes 160 y 164 (Reglamento de Ley HIPAA), y no puede intercambiarse sin mi firma a continuación, a menos que el intercambio sea provisto de otro modo en el la Parte 2 del Reglamento y en el reglamento de ley HIPAA.

Favor de firmar sus iniciales a continuación:

_____ Autorizo a cada programa BHN a intercambiar información, incluyendo mis Expedientes de Programas para Trastornos en el Uso de Sustancias (SUD, por sus siglas en inglés), con otros programas de BHN para proporcionar el cuidado de la salud integrada que estoy recibiendo o he recibido en dichos programas. Entiendo que esta información se compartirá en una base de "necesidad de saber" para ayudar en el cuidado de mi salud y servicios actuales.

_____ Entiendo que tengo el derecho de limitar la cantidad y el tipo de información de mis Expedientes en Programas SUD que se intercambia dentro de BHN. También entiendo que cualquier limitación que imponga al intercambio de información dentro de BHN puede afectar la capacidad de BHN para proporcionarme un cuidado de la salud integrada. Deseo limitar el intercambio de información de mis programas de uso de sustancias de la siguiente manera:

Fecha de inicio de la autorización: _____ Fecha en que termina (1 año máx.): _____



Reconocimientos adicionales:

- Entiendo que esta Autorización permanecerá en vigor hasta la fecha de vencimiento identificada anteriormente, o hasta que yo proporcione un formulario de Revocación de Autorización firmado por mí a BHN en persona o por correo a Medical Records, 417 Liberty Street, Springfield, MA 01104 en cualquier momento y por cualquier motivo. La revocación será efectiva tras la recepción en BHN del formulario de Revocación de Autorización firmado por mí. La revocación no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción tomada por BHN basados en esta Autorización antes de que BHN recibiera mi formulario de Revocación de Autorización firmado por mí.
- Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que, por declinar, o cualquier revocación de la misma, puede afectar la capacidad de BHN para proporcionar el cuidado de la salud integrada y coordinada en mi nombre.
- Entiendo que BHN está obligado a obtener un formulario de autorización separado y firmado de mí parte en caso de que BHN necesite divulgar mi información SUD a un programa o proveedor que no sea parte de BHN.
- He leído y entiendo los términos de esta Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el intercambio de mi información SUD dentro de BHN. Por mi firma a continuación, por la presente, a sabiendas y voluntariamente, autorizo a cada programa BHN a intercambiar mi información SUD con otros programas BHN de la manera descrita anteriormente.

Firma del Cliente/Paciente/Individuo que Recibe Servicios

Fecha

Si la persona tiene un Padre, Tutor Legal o Representante Personal, Proporcione la siguiente firma:

Circule uno: Padre/Tutor Legal/ Representante Personal

Nombre en Letra de Molde

Fecha

Nombre en Letra de Molde del Testigo (no es requerida):

**Para entidades que reciben registros que pueden contener información sobre el uso de sustancias
Prohibición de la re-divulgación de información confidencial para el cliente en tratamiento del abuso
de alcohol o drogas**

Este aviso acompaña a la divulgación de información relativa a un cliente en el tratamiento de alcohol/drogas, que se le hace con el consentimiento de dicho cliente. Esta información ha sido revelada a usted de expedientes protegidos por las reglas de confidencialidad federal (42 C.F.R. Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que se permita expresamente la divulgación por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita 42 C.F.R. Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.