

**AVITA COMMUNITY PARTNERS
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Sección A: uso o divulgación de información médica

Al firmar esta Autorización más abajo en la "Sección E", autorizo el uso o la divulgación de mi información médica personal, mantenida por Avita Community Partners. Se puede divulgar mi información médica de acuerdo con esta Autorización al siguiente receptor:

Nombre en letras de molde (persona u organización): _____

Dirección 1: _____

Dirección 2: _____

Nº Apartamento/Suite _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condado: _____ País: _____

Sección B: alcance y uso de la divulgación

La información médica que se puede usar o divulgar de acuerdo con esta Autorización, incluye, sin limitación alguna:

- Toda información relacionada con la identidad, el diagnóstico, el pronóstico o el tratamiento por una adicción al alcohol o a las drogas, mantenida por un programa de rehabilitación de alcoholismo o drogas, subsidiado por el gobierno federal; o
- Toda información relacionada con pruebas del Virus de Inmunodeficiencia Humana o el tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y las afecciones afines.
- Las comunicaciones confidenciales entre mí y un psiquiatra, psicólogo, trabajador social clínico habilitado, consejero habilitado de familia y matrimonial, o terapeuta profesional habilitado, o entre ellos, con respecto a mis comunicaciones con alguno de ellos.

Toda mi información médica arriba mencionada, incluidos mis expedientes clínicos creados/recibidos por la persona u organización arriba mencionada

Toda mi información médica, descrita en la casilla anterior, excluida la siguiente (especifique a continuación):

La información médica específica incluye solamente (especifique a continuación):

Sección C: propósito del uso o la divulgación – El propósito o propósitos de esta Autorización son:

El cliente presentó un pedido para que se use o divulgue información, y el cliente no elige revelar su propósito. **Nota:** NO SE PUEDE MARCAR ESTA CASILLA si la información que se usará o se divulgará se relaciona con la identidad, el diagnóstico, el pronóstico o el tratamiento de una adicción al alcohol o a las drogas.

Específicamente, el siguiente propósito o propósitos: _____

Sección D: caducidad de la autorización: Fecha de caducidad: _____ O

Evento que causa la caducidad: _____

Nota: la fecha de caducidad no puede exceder doce (12) meses a partir de la fecha de la firma. Si se indica un evento que causa la caducidad, este se debe relacionar con el cliente o el propósito para el uso o la divulgación.

Sección E: firma/s de la autorización y otra información significativa

Leí y comprendí la **Otra Información Significativa** (especificada en la página 2), relacionada con esta Autorización, y tuve una oportunidad de hacer preguntas sobre el uso o la divulgación de mi información médica.

Firma del cliente: _____ Fecha _____

Nombre del cliente en letras de molde: _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____

Número de seguro social: _____

Firma de los padres/tutor o representante legal (si correspondiera): _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde: _____ Relación con el consumidor: _____

TESTIGO – Al firmar a continuación en calidad de testigo, certifico que conozco a la persona o personas que firman este formulario, o que se ha establecido a mi total satisfacción la identidad de la persona o personas que firman este formulario.

Firma del testigo _____ Cargo _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta del testigo: _____

Número de teléfono del testigo: (____) _____

Dirección del testigo (marque la casilla si es la misma dirección que la indicada en la "Sección A" anterior):

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

REVOCACIÓN

Por el presente, revoco esta Autorización. Entiendo que esta revocación entrará en vigencia en la fecha en que es firmada a continuación. Además, entiendo que esta revocación no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada por Avita al contar con esta autorización antes de recibir la revocación de la fecha.

Firma del cliente: _____ Fecha _____

Firma de los padres/tutor o representante legal (si correspondiera): _____ Fecha _____

Nombre en letras de molde del padre/tutor: _____ Relación con el consumidor: _____

Revocación solicitada por correo (fecha de recepción): _____ Firma del personal: _____

Cargo: _____

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Otra información significativa:

1. Entiendo que Avita Community Partners (Avita) no puede garantizar que el receptor de esta información no la volverá a divulgar a terceros. El receptor puede no estar sujeto a las leyes federales que rigen la confidencialidad de la información médica. Sin embargo, si la divulgación consiste en una información sobre el tratamiento de un consumidor en un programa de rehabilitación de alcohol o drogas, subsidiado por el gobierno federal, las leyes federales prohíben al receptor hacer una nueva divulgación de dicha información, a menos que esta esté autorizada expresamente, mediante el consentimiento por escrito del consumidor, o de otra manera autorizada por las leyes federales que rigen la confidencialidad de los expedientes de pacientes tratados por adicción al alcohol o a las drogas (Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Parte 2).
2. Entiendo que, excepto cuando: (1) recibo un tratamiento relacionado con una investigación, o (2) recibo atención médica exclusivamente a los fines de crear información para la divulgación a un tercero, puedo rehusarme a firmar esta Autorización, y dicha denegación a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento de Avita.
3. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto que la revocación no tendrá efecto alguno respecto de alguna medida tomada por esta agencia al contar con esta Autorización antes de que recibiera una notificación escrita de la revocación. Además entiendo que debo enviar una notificación de revocación por escrito al Funcionario a cargo de la Confidencialidad de Avita.

Orientación: las preguntas respecto de las políticas y los procedimientos de Avita para el "Uso y la Divulgación de Expedientes del Servicio al Cliente" se pueden dirigir al Funcionario a cargo de la Confidencialidad de Avita, al 678-513-5700 o al 1-800-525-8751.