

# Sistemas de salud LifeSpring

(812)280-2080

## Autorización para divulgar/obtener información del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

### Autorización para divulgar (el paciente/tutor debe poner sus iniciales en el elemento correspondiente)

\_\_\_\_\_ Autorizo a LifeSpring Health Systems a divulgar información confidencial del paciente. a:

\_\_\_\_\_ Autorizo la divulgación de información confidencial del paciente a LifeSpring Health Systems de:

Agencia/Persona: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### Propósito o necesidad de divulgación (el paciente/tutor debe poner sus iniciales en el elemento correspondiente)

\_\_\_\_\_ Continuidad de la atención

\_\_\_\_\_ Procedimientos legales

\_\_\_\_\_ Seguro

\_\_\_\_\_ Solicitud personal

\_\_\_\_\_ Colaboración escolar

\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

### Tipo de información que se divulgará (el paciente/tutor debe poner sus iniciales en todos los elementos apropiados)

\_\_\_\_\_ **Estándar** Conjunto de documentación. Incluye todos y cada uno de los registros de tratamiento, incluidas evaluaciones de condiciones psiquiátricas y/o psicológicas, **consumo de alcohol y drogas**, resúmenes de tratamientos, información de referencias, notas de progreso, pruebas de laboratorio que incluyen **VIH o SIDA** pruebas, medicamentos, diagnósticos e información de facturación. **Excluye** notas de psicoterapia de conformidad con 45 CFR § 164.508.

\_\_\_\_\_ Otro, especifique limitaciones: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización caducará como se indica a continuación.

180 días desde la firma

Renuncia: Entiendo que mis registros están protegidos por las leyes de confidencialidad estatales y federales y las regulaciones de privacidad de HIPAA y que este consentimiento normalmente expiraría por ley después de un período de 180 días; sin embargo, renuncio expresamente a la limitación de 180 días y doy mi consentimiento para divulgar e intercambiar información con la entidad mencionada anteriormente hasta 60 días después de la terminación de los servicios de LifeSpring, a menos que yo los revoque antes de forma oral o escrita.

### Firma del paciente

(Se requiere firma si es mayor de 18 años y/o si hay consumo de alcohol o drogas)

### Firma autorizada y relación con el paciente

**Comprobar estado:** \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Tutor legal \_\_\_\_\_  
Custodio legal asignado \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

### Revocación/Vencimiento:

Esta autorización no se requiere como condición del tratamiento y puede ser revocada en cualquier momento. Sin embargo, la revocación NO afecta la información divulgada mediante esta autorización antes de la revocación, ni la información que se divulgará para fines de facturación u otros fines según la ley. A menos que se renuncie o revoque, esta autorización vence cuando LifeSpring termina la atención al paciente y recibe el pago de todos los servicios.

### Prohibición de Redivulgación:

Este comunicado no autoriza la divulgación posterior por parte de sus destinatarios. Si el registro contiene información sobre drogas o alcohol, puede estar protegido por las Reglas Federales de Confidencialidad (42CFR Parte 2). Las reglas federales prohíben cualquier divulgación adicional de esta información a menos que se permita expresamente una divulgación adicional mediante el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por 42CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente que abuse del alcohol o las drogas.

Revocado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Revisado en noviembre de 2022