



500 Enterprise Drive
 Rocky Hill, CT 06067
 Compliance Confidential Fax 1-855-901-2492

AUTHORIZACION PARA EL USO O DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD

Al completar este formulario, usted autoriza el uso y/o divulgación de información personal de salud que se menciona a continuación. Este documento está de acuerdo con las leyes estatales y federales relacionadas al derecho de privacidad. Esta Autorización puede invalidarse si no se provee toda la información requerida.

AUTORIZACION PARA EL USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD

A continuación autorizo el uso y/o divulgación de información sobre mi estado de salud:

Nombre del Miembro/ Solicitante _____

N. de ID del Miembro _____ Fecha de nacimiento: __/__/__

Personas/ Organizaciones autorizadas a usar o divulgar información: _____

Personas/Organizaciones autorizadas a recibir información: _____

Propósito por el cual se solicita el uso o divulgación de información: _____

Esta autorización aplica a la siguiente información (escoja solamente una):

Solamente los siguientes expedientes o información de salud (incluya fechas) _____

Toda información de salud relacionada con cualquier historial médico, condición física o mental y tratamiento recibido, excepto: _____

Toda información de salud relacionada con cualquier historial de uso de sustancias o alcohol y tratamiento recibido: excepto: _____

Toda información de salud relacionada con cualquier historial relacionados con el VIH/SIDA: _____

NOTIFICACION DE DERECHOS E INFORMACION RELACIONADA

Puedo rehusar firmar esta Autorización. El pago de tratamiento, registro o elegibilidad para recibir beneficios no estará condicionado a que usted otorgue o niegue dar la Autorización.

Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento. Debo hacerlo por escrito, (firmada por mí o mi representante). Favor de enviarla a la siguiente dirección: _____

La revocación sera efectiva tan pronto sea recibida, pero ésta no afectará cualquier acción previamente tomada y basada en la Autorización.

Tiene derecho a recibir una copia de esta Autorización.

Información contenida en expedientes sobre el abuso de drogas y /o alcohol, divulgada como resultado de la Autorización, puede ser nuevamente divulgada por la persona que la recibe y por ésto perder la protección de las leyes federales sobre privacidad. Existe una forma de proteger esta información, la cual se indica a continuación.

Usted puede revisar u obtener una copia de la información de salud que séra usada o divulgada de acuerdo a las leyes estatales o federales.

Firma: _____

(Miembro/Solicitante/Representante)

Fecha: _____

Si es firmada por otra persona que no es el miembro/solicitante, indique su relación legal con esta persona:

**CONOCIMIENTO SOBRE LA DIVULGACION DE INFORMACION EN EXPEDIENTES
DE ABUSO DE DROGAS Y/ O ALCOHOL**

Reconozco que la información usada o divulgada como resultado de esta Autorización, puede incluir, expedientes que esten protegidos por leyes federales y estatales relacionadas con el abuso de substancias. **ESPECIFICAMENTE AUTORIZO LA DIVULGACION DE INFORMACION RELACIONADA CON EL ABUSO DE DROGAS Y/O ALCOHOL.** El que reciba la información del uso de drogas y/o alcohol, divulgada como resultado de esta Autorización, necesitará mi autorización por escrito para poder divulgarla nuevamente.

Firma: _____

(Miembro/Solicitante/Representante)

Fecha: _____

(Si el Miembro/Solicitante ha sido declarado incompetente por razones que no sean ser menor de edad, firmará la persona que lo representa)

Firmará los parientes (padre o madre), o encargado del *Miembro/Solicitante* o menor de edad, si es requerido por ley estatal)

ENVIE EL FORMULARIO QUE HA COMPLETADO A:

Beacon Health Options, 500 Enterprise Drive, Rocky Hill, CT 06067 Attn: Director of Compliance