

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN COMPLETA DE INFORMACIÓN DE SALUD

Y/O CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD CONDUCTUAL

LEA TODO EL FORMULARIO, TODAS LAS SEIS PÁGINAS, ANTES DE FIRMAR A CONTINUACIÓN

Persona cuya información de salud se divulga:

Nombre (primero segundo apellido): _____ Fecha de nacimiento

(mm/dd/aaaa): _

Dirección: _

Ciudad: _

Estado: _

Código postal: _

Puede usar este formulario para permitir que la Red de Salud Conductual del Sur de Florida (SFBHN) acceda y use su información de salud. El hecho de optar o no por firmar este formulario no afectará su capacidad de recibir tratamiento médico, pago por tratamiento médico o inscripción en el seguro médico o elegibilidad para recibir beneficios.

Al firmar este formulario, usted está otorgando voluntariamente su autorización y/o consentimiento ("Consentimiento") para permitir el uso y la divulgación (incluido el intercambio en papel, oral y electrónico):

DE QUÉ: TODA LA INFORMACIÓN DE SALUD, incluida la información sobre afecciones sensibles (si las hay).

Esto incluye información de salud creada antes o después de la fecha en que firme este formulario. La información de salud incluye, entre otros datos, su información demográfica (nombre, dirección, fecha de nacimiento, Número de Seguro Social, raza/etnia), y la ubicación de la admisión, el sitio de tratamiento y el manejo de casos. Incluye todos los registros y otra información con respecto a su historial médico, tratamiento, hospitalización, pruebas, atención residencial y ambulatoria, incluidas la historia clínica, los exámenes físicos y los resultados de las pruebas. Esto también incluye su consentimiento específico para divulgar toda la información que se detalla a continuación:

- Abuso de drogas, alcohol o sustancias;
- Trastornos psicológicos, psiquiátricos u otra(s) deficiencia(s) mental(es), afecciones mentales o discapacidades del desarrollo (a excepción de las "notas de psicoterapia" como se define en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico [HIPAA] en el Título 45 del CFR, Sección 164.501);
- Anemia de células falciformes;
- Control de la natalidad y planificación familiar;
- Registros que pueden indicar la presencia de una enfermedad contagiosa o no contagiosa, y pruebas o registros de VIH/SIDA o enfermedades de transmisión sexual o tuberculosis;
- Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas).

Además, la información de elegibilidad para Medicaid se puede compartir con SFBHN.

DE QUIÉN: todas las fuentes de información.

Esto incluye, entre otras, fuentes médicas y clínicas (hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias, médicos, psicólogos, etc.) que incluyen salud mental, correccionales, tratamiento de adicciones y centros de atención de salud para veteranos, registros estatales y otros programas estatales, trabajadores sociales, consejeros de rehabilitación, compañías de seguros, planes de salud, organizaciones de mantenimiento de salud, empleadores, gerentes de beneficios de farmacia, programas de compensación para trabajadores, el Departamento de Niños y Familias de Florida, Medicaid estatal, Medicare y cualquier otro programa gubernamental.

A QUIÉN: (marque uno)

NOTA: Su información demográfica básica (nombre, dirección, año de nacimiento y los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social) aún se puede compartir con los proveedores de la red, SFBHN y sus socios comerciales, proveedores de servicios y pagadores que figuran en el Anexo I para facilitar las operaciones de SFBHN. También será visible en la pantalla de búsqueda del consumidor.

- SFBHN, sus pagadores, socios comerciales de confianza y proveedores de servicios, y **TODOS** los proveedores de la red participantes de la Red de Salud Conductual del Sur de Florida que figuran en el Anexo I y **TODAS** las autoridades del orden público asociadas que figuran en el Anexo II.
- SFBHN, sus pagadores, socios comerciales de confianza y proveedores de servicios, y **TODOS** los proveedores de la red participantes de la Red de Salud Conductual del Sur de Florida que figuran en el Anexo I.
- SOLO** SFBHN y su proveedor de tratamiento actual de SFBHN.

Nombre del proveedor de tratamiento actual: _____ Teléfono: _____

_____))
Dirección: _____ Fax: (_____)

□

SFBHN, su proveedor de tratamiento actual de SFBHN Y las organizaciones específicas a las que se les permitió recibir su información como se detalla a continuación.

Nombre del proveedor de tratamiento actual: _____ Teléfono: (_____)
_____)

Dirección: _____ Fax: (_____)

Nombre de la persona/organización: _____ Teléfono: (_____)

Dirección: _____ Fax: (_____)

Nombre de la persona/organización: _____ Teléfono: (_____)

Dirección: _____ Fax: (_____)

Nombre de la persona/organización: _____ Teléfono: (_____)

Dirección: _____ Fax: (_____)

Utilice el reverso del formulario para identificar proveedores adicionales.

PROPÓSITO: permitir el acceso a la información necesaria para llevar a cabo las siguientes actividades (consulte la página 4 de este formulario para obtener más información):

- Brindarle tratamiento médico
- Obtener el pago por su atención
- Para fines de operaciones de atención médica, incluidas las divulgaciones a socios comerciales
- Brindarle servicios y productos relacionados con el tratamiento
- Facilitar la coordinación de su atención y la planificación de servicios de seguimiento
- Evaluar y mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica brindada a todos los pacientes
- Recopilar información anónima que se utilizará para cualquier propósito legal
- Crear conjuntos de datos limitados que se utilizarán para investigación, salud pública u operaciones de atención médica
- Crear informes de datos agregados para investigación y análisis estadísticos grupales; la investigación y el análisis no contendrán ninguna información que pueda usarse para contactarlo o identificarlo

Nota: Si no ha permitido el acceso completo a su información:

1. Es posible que no pueda recibir ciertos servicios de coordinación de atención, que requieren el intercambio de su información, y
2. Su información demográfica se seguirá compartiendo con SFBHN y sus socios comerciales, proveedores de servicios y pagadores. Su información demográfica básica también será visible en la pantalla de búsqueda del consumidor.

PERÍODO DE VIGENCIA: este formulario de Consentimiento permanecerá en vigencia hasta el día en que retire su Consentimiento, o dos años después de la finalización del episodio de tratamiento según lo indicado por la última entrada la historia clínica, lo que ocurra antes.

REVOCACIÓN DE SU CONSENTIMIENTO: su Consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, excepto en la medida en que la organización que hace la divulgación ya haya tomado medidas confiando en ello. Puede revocar su Consentimiento en cualquier momento enviando una notificación por escrito a la persona u organización a la que originalmente entregó este formulario.

EFECTO DE REVOCACIÓN O VENCIMIENTO: incluso si su Consentimiento vence o se retira, aún podrá recibir servicios de SFBHN. La revocación o la expiración de su Consentimiento no afectará las acciones que se hayan tomado mientras su consentimiento estuvo vigente. Si su información ya no se puede compartir, esto afectará su capacidad de aprovechar al máximo los servicios de coordinación de atención proporcionados por SFBHN.

ACUERDO:

- Autorizo el uso de una copia (incluida una copia electrónica) de este formulario para la divulgación de la información descrita anteriormente.
- Entiendo que hay algunas circunstancias en las que esta información puede divulgarse a otras partes, como los asociados comerciales, proveedores de servicios y pagadores de SFBHN, y otros proveedores de la red (consulte la página 4 para obtener detalles).
- **Entiendo que negarme a firmar este formulario no detiene la divulgación de mi información de salud que de otro modo está permitida por la ley sin mi autorización o consentimiento específicos.**
- **He leído todas las páginas de este formulario y acepto las divulgaciones especificadas anteriormente de las fuentes enumeradas.**

X

Firma del paciente

Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

X

Firma del representante legal del paciente (si corresponde)

Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

Nombre del representante legal en letra de imprenta (si corresponde)

Marque una opción para describir la relación del representante legal con el paciente (si corresponde):

Padre de un menor

Tutor legal

Otro representante personal (explique: _

)

Tiene derecho a obtener una copia de este formulario.

Explicación sobre el “Formulario de autorización del paciente para la divulgación completa de información de salud y/o consentimiento para la divulgación de información de salud conductual”

LEA Y ESCRIBA SUS INICIALES EN ESTA PÁGINA A CONTINUACIÓN

Las leyes y reglamentaciones requieren que algunas fuentes de información personal tengan un formulario de Consentimiento firmado antes de publicarlo. Además, algunas leyes requieren un Consentimiento específico para la divulgación de información sobre ciertas afecciones.

Por qué se usa y divulga su información: la Red de Salud Conductual del Sur de Florida (SFBHN) trabaja con el Departamento de Niños y Familias de Florida para administrar y gestionar un sistema coordinado de atención para adultos y niños. Los proveedores de SFBHN deben intercambiar información entre ellos para gestionar mejor su atención. Los socios comerciales de confianza y los proveedores de servicios de SFBHN están trabajando para desarrollar formas de coordinar mejor la atención y mejorar la calidad y los resultados. Como parte de sus esfuerzos, estos socios comerciales y proveedores de servicios de confianza han desarrollado un software de gestión de uso que SFBHN y los proveedores utilizan en su red. Los socios comerciales y los proveedores de servicios utilizan y analizan la información anónima de ese sistema para la investigación y el análisis estadísticos. Todo lo que lo identifique será eliminado de la información. Esta información anónima también será utilizada por los socios comerciales y proveedores de servicios de confianza para desarrollar nuevos productos comerciales.

Definiciones: en este formulario, los términos “tratamiento”, “operaciones de atención médica”, “notas de psicoterapia” e “información de salud protegida” se definen según la HIPAA (Título 45 del CFR, Secciones 160.103 y 164.501).

“A quién”:

- Si especificó un proveedor de atención médica en la sección “A QUIÉN” más arriba, este Consentimiento también incluiría médicos, otros proveedores de atención médica (como enfermeros) y personal médico involucrado en su atención médica en las instalaciones de esa organización o el consultorio de esa persona, y los proveedores de atención médica que cubren o están de guardia para la persona u organización especificada, y los miembros o agentes del personal (tales como socios comerciales, subcontratistas u organizaciones de servicios calificados) que llevan a cabo actividades y propósitos permitidos por este formulario para esa organización o persona que especificó.
- Si especificó una organización que no sea un proveedor de atención médica en la sección “A QUIÉN” más arriba, este Consentimiento también incluiría el personal o los agentes, los socios comerciales y los subcontratistas de esa organización que llevan a cabo actividades y propósitos permitidos por este formulario para esa organización que especificó.

Revocación: tiene derecho a revocar este Consentimiento en cualquier momento con respecto a usos futuros mediante una notificación por escrito. Debe comprender que las organizaciones que tuvieron su Consentimiento para acceder a su información de salud pueden copiar o incluir su información en sus propios registros. Estas organizaciones, en muchas circunstancias, no están obligadas a devolver ninguna información que se les haya proporcionado ni a eliminarla de sus propios registros.

Redivulgación de información: cualquier información de salud sobre usted puede ser revelada a otros solo en la medida permitida por las leyes y regulaciones estatales y federales. Usted comprende que una vez que se divulga su información, esta puede estar sujeta a una nueva divulgación legal, de acuerdo con la ley estatal y federal pertinente, y en algunos casos, puede que ya no esté protegida por la ley federal de privacidad.

Limitaciones de este formulario: este formulario no obliga a su proveedor de atención médica u otra persona/organización incluida en la sección “De quién” o “A quién” a buscar la información que especificó en la sección “De qué” de otras fuentes.

Iniciales

Anexo I

Proveedores de la Red de Salud Conductual del Sur de Florida

Banyan Health Systems, Inc.
Behavioral Science Research Institute, Inc.
Better Way of Miami, Inc.
Camillus House, Inc.
Catholic Charities of The Archdiocese of Miami, Inc.
Citrus Health Network, Inc.
Community Health of South Florida Inc. (CHI)
Concept Health Systems, Inc.
Douglas Gardens Community Mental Health Center of Miami Beach, Inc.
Family & Children Faith Coalition, Inc. d/b/a Hope for Miami
Federation of Families/ Miami-Dade Chapter, Inc.
Fresh Start of Miami-Dade, Inc.
Gang Alternative, Inc.
Guidance Care Center, Inc. (GCC)
Here's Help, Inc.
Hialeah Community Coalition, Inc.
Institute for Child and Family Health, Inc. (ICFH)
Jessie Trice Community Health System, Inc.
Jewish Community Services of South Florida
Key West HMA LLC (d.b.a.) Lower Keys Medical Center
MDC-Community Action and Human Services Dept. (MDC-CAHSD)
Miami-Dade County Juvenile Services Department (MD-JSD)
Monroe County Coalition, Inc.
New Hope CORPS, Inc.
New Hope Drop-In Center, Inc.
New Horizons Community Mental Health Center, Inc.
Passageway Residence of Dade County, Inc.
Psychosocial Rehabilitation Center, Inc., d.b.a, Fellowship House
Public Health Trust of Miami-Dade County, Florida (PHT) Jackson Health System
Jackson Community Mental Health Center
South Florida Jail Ministries, Inc. (d.b.a.) Agape Family Ministries
The Center for Family and Child Enrichment, Inc. (CFCE)
The Key Clubhouse of South Florida, Inc.
The Village South, Inc.
Volunteers of America of Florida, Inc.

NOTA: Los pagadores de SFBHN incluyen el estado de Florida, que incluye, entre otros, el Departamento de Niños y Familias de Florida y el programa Medicaid de Florida, y el gobierno federal, que incluye, entre otros, la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias.

Anexo II

Autoridades del orden público asociadas a la Red de Salud Conductual del Sur de Florida

Departamento de Policía de Aventura
Departamento de Policía de Bal Harbour
Departamento de Policía de Biscayne Park
Departamento de Policía de la ciudad de Miami
Departamento de Policía de Coral Gables
Departamento de Policía de Doral
Departamento de Policía de la FIU
Departamento de Policía de Hialeah
Departamento de Policía de Homestead
Departamento de Policía de Hialeah Gardens
Departamento de Policía de Key Biscayne
Departamento de Policía de Medley
Departamento de Policía de Miami Beach
Departamento de Policía de Miami Gardens
Departamento de Policía de Miami Shores
Departamento de Policía Escolar del condado de Miami-Dade
Departamento de Policía de Miami-Dade
Departamento de Bomberos de Miami-Dade
Departamento de Policía de Miami Springs
Departamento de Policía de North Bay Village
Departamento de Policía de North Miami
Departamento de Policía de North Miami Beach
Departamento de Policía de la ciudad de Florida
Departamento de Policía de Opa-Locka
Departamento de Policía de Pinecrest
Departamento de Policía de South Miami
Departamento de Policía de Sunny Isles Beach
Departamento de Policía de Surfside
Departamento de Policía de Sweetwater
Oficina Federal de Investigación (FBI)
Agencia de Alcohol, Tabaco, Armas de Fuego y Explosivos (ATF)
Departamento de Policía de la Universidad de Miami
Departamento de Policía del Departamento de Asuntos de los Veteranos de EE. UU.
Departamento de Policía del Servicio de Inspección Postal de EE. UU.
Servicio Secreto de EE. UU.
Departamento de Policía de Virginia Gardens
Departamento de Policía de West Miami
Patrulla de Carreteras de Florida
Departamento de Cumplimiento de la Ley de Florida (FDLE)
Oficina del Alguacil del condado de Monroe
Departamento de Policía de Key West