|  |
| --- |
| **DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DE CAROLINA DEL SUR (SCDMH)** |
|  |
| Autorización para divulgar información protegida de salud del SCDMH  |
|  |
| Yo, |       | , vivo en la  |       |
|  | Nombre del paciente |  | Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código postal) |
|  |
| Fecha de nacimiento: |       | # de Seguro Social:  |       |
|  |  |  |  |
| Autorizo la divulgación de mi información de salud del SCDMH, según se especifica a continuación, para los siguientes fines: |
|       |
|  |
| Autorizo la divulgación de la siguiente información para el período de tiempo  |  | desde:  |       | a |       |
|  |  |  |  |  |  |
| Información de (nombre específico del Centro(s) de Salud Mental, Hospital(es) del SCDMH, Centro(s) de Asistencia del SCDMH  |
| o Programa(s) del SCDMH): |       |
|  |  |
|       |
|       |
| Y la información cuya divulgación se autoriza incluye: | Esta información se debería divulgar a : |
|  |  |
| [ ]  | Evaluación clínica | Nombre: |       |
| [ ]  | Notas de servicios clínicos / Notas de evolución |  |  |
| [ ]  | Fechas de ingreso y alta, diagnóstico (Resumen de la historia clínica) | Dirección:  |       |
| [ ]  | Plan de tratamiento (Plan de cuidados) |  |       |
| [ ]  | Resumen de alta (Resumen del tratamiento) |  |       |
| [ ]  | Medicamentos / Recetas médicas |  |  |
| [ ]  | Historia clínica y examen físico | No. de teléfono:  |       |
| [ ]  | Evaluación psiquiátrica (PMA) |  |  |
| [ ]  | Información de facturación y pagos | Parentesco:  |       |
| [ ]  | Información de alcoholismo y drogadicción |  |       |
| [ ]  | Resumen escrito (copia adjunta) |  |       |
| [ ]  | Resúmenes de evolución |  |  |
| [ ]  | Información sobre VIH |  |  |
| [ ]  | Datos clínicos de continuidad de los cuidados |  |  |
| [ ]  | Otros (especificar):  |       |
|  |  |  |
| Entiendo que la información anterior está protegida por las leyes aplicables y que, de no diligenciarse este formulario, es probable que el SCDMH no pueda divulgar la información. Entiendo que la información puede incluir mi información sobre alcoholismo/drogadicción y/o VIH/SIDA/ARC y otra información sobre enfermedades infecciosas. No autorizo la divulgación de la siguiente información: |
|       |
| **Esta Autorización es válida por un año, a partir de mi firma, a no ser que se especifique una fecha, condición o evento anterior aquí:** |
|       |
| Entiendo que la información divulgada está sujeta a nueva divulgación por la entidad mencionada arriba. Entiendo que me puedo negar a firmar esta Autorización y que ello no limitará mi acceso a tratamiento o servicios del SCDMH. Entiendo, además, que las leyes aplicables pueden permitir o exigir el uso, divulgación o nueva divulgación de mi información sin mi Autorización. |
|  |  |  |  |  |
| **Firma del Paciente / Representante personal** |  | **Nombre en letra de imprenta** |  | **Fecha** |
|  |
| **Autoridad si lo firma un representante personal:** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Firma del empleado del SCDMH que divulga la información** |  | **Nombre en letra de imprenta** |  | **Método de divulgación** |  | **Fecha de divulgación** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **DECLARACIÓN DE REVOCACIÓN** |
| Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y que se me pedirá firmar la declaración de revocación en este formulario, con el fin de anular esta autorización. Entiendo que si anulo esta Autorización, el SCDMH no podrá retractarse sobre ningún uso o divulgación realizado con mi Autorización.**“Por el presente, solicito la Anulación de esta autorización para divulgar información de salud”** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Fecha de vigencia** |  | **Firma** |  | **Nombre en letra de imprenta** |  | **Fecha** |
|  |  |  |  |  |
| **Firma del testigo** |  | **Nombre en letra de imprenta** |  | **Fecha** |

**SCDMH FORM**

**DEC. 1999 (REV. FEB. 2022) M-450D SPANISH**