



Autorización para uso y divulgación de información

(Authorization for Use & Disclosure of Information)

Este formulario está disponible en formatos diferentes: Braille, disquete de computadora y presentación oral.

Sección A	Apellido legal	Primer nombre	ISN	Fecha de nacimiento
	Otros nombres utilizados por el cliente/solicitante			ID del caso#

Al firmar este formulario, autorizo al siguiente tenedor de registro (individuo, escuela, empleador, agencia, o proveedor médico u otro) a divulgar la siguiente información confidencial y específica sobre mí:

Sección B	Divulgar desde	Información específica a divulgar	Intercambio mutuo: Sí / No
	Ryan White, orientador, Clínica Dental del Reloj, Lane Community College Community Health Centers of Lane County Dentista anterior:	Información del expediente dental Información del expediente médico	Sí

Si la información divulgada contiene alguno de los siguientes tipos de datos o información, pueden entrar en efecto otras leyes relacionadas con el uso y divulgación. Entiendo que esta información no será divulgada a menos que yo escriba mis iniciales en el espacio junto a la información:

HIV/SIDA ___ Salud mental ___ Alcohol/drogas: diagnóstico, tratamiento, derivaciones ___ Análisis genético ___

Sección C	Divulgar a (dirección requerida si se envía por correo) Si se divulga a un equipo, enumere los miembros	Propósito	Evento o fecha de vencimiento*
	Personal del programa ORAL, incluyendo al personal administrativo, Ryan White orientador Lane Community College Community Health Centers of Lane County DHS HIV Care and Treatment Program	La coordinación de su caso dental	Cuando se cancele por escrito

Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. La cancelación no afectará la información ya divulgada. Entiendo que las leyes estatales y federales protegen la información sobre mi caso. Comprendo lo que significa este acuerdo y apruebo las divulgaciones indicadas. Firmo esta autorización por propia voluntad.

Entiendo que la información utilizada y divulgada según lo especificado en esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación y ya no estará protegida por leyes federales o estatales. Sin embargo, también comprendo que las leyes federales o estatales pueden restringir la redivulgación de información relacionada con VIH/SIDA, salud mental, y diagnóstico, tratamiento, y derivaciones referentes a alcoholismo y drogadicción.

Sección D	Firma legal completa del individuo O del representante personal autorizado	Relación con el cliente	Fecha
	Nombre del empleado de la agencia (en letra de molde)	Nombre/ubicación de la agencia demandante	Fecha

* La autorización es válida por un año a partir del día en que se firma a menos que se especifique lo contrario.

Firma legal completa del empleado de la agencia que realiza las copias	Es copia fiel del documento de autorización original.
Nombre del empleado de la agencia en letra de molde	

Vea información importante en la Página 2 de este formulario →

Información importante para el cliente

Para proveer o pagar los servicios de salud: Si el Departamento de Servicios Humanos (DHS) es el **proveedor** de sus servicios de atención de salud o paga dichos servicios bajo el Plan de Salud de Oregón o el Programa de Medicaid, usted puede decidir no firmar este formulario. Esta decisión **no afectará** negativamente su elegibilidad para recibir servicios de salud, *a menos que* los servicios de atención de la salud sólo tengan como fin proveer información de salud a alguna otra persona u organización y la autorización sea necesaria para realizar dicha divulgación. (Algunos ejemplos de esto serían exámenes, análisis o evaluaciones.) Su decisión de no firmar **puede afectar** los pagos por sus servicios si esta autorización es necesaria para el reembolso por parte de aseguradores privados u otras agencias no gubernamentales.

Esta autorización para uso y divulgación de información **también puede ser necesaria** en las siguientes situaciones:

- Para determinar si usted es elegible para inscribirse en algunos programas médicos que pagan por la atención de su salud
- Para determinar si usted califica para otro programa o servicio de DHS que no actúe como proveedor de atención de la salud

Este es un formulario voluntario. DHS no puede exigir la firma de esta autorización como requisito para la provisión de tratamiento, pago o inscripción en programas de atención de salud solventados con fondos públicos, excepto en los casos detallados anteriormente. Sin embargo, usted debe recibir información precisa sobre cómo la determinación de elegibilidad o la coordinación de servicios pueden resultar adversamente afectadas si usted se niega a autorizar la divulgación de información. Si usted decide no firmar, puede ser derivado a un servicio único que pueda ayudarlo a usted y a su familia sin intercambio de información.

Uso de este formulario

1. **Términos utilizados: Intercambio mutuo:** Un “sí” permite que la información vaya y vuelva entre el tenedor de registro y las personas o programas indicados en la autorización. **Equipo:** Un número de individuos o agencias que trabajan juntos regularmente. Los miembros del equipo deben estar identificados en este formulario.
2. **Asistencia:** Siempre que sea posible, un empleado(a) de DHS debe llenar este formulario con usted. **Asegúrese de entender el formulario antes de firmarlo.** No dude en hacer preguntas sobre el formulario y lo que éste permite. Puede poner una marca en lugar de firmar o pedirle a una persona **autorizada** que firme en nombre de usted.
3. **Tutela/Custodia:** Si la persona que firma este formulario es un representante personal, como ser un tutor, se debe adjuntar a este formulario una copia de los documentos legales que verifiquen la autoridad del representante para firmar la autorización. Del mismo modo, si una agencia tiene custodia y firma su representante, se debe adjuntar a este formulario su autoridad de custodia.
4. **Cancelación:** Si usted quiere cancelar esta autorización en el futuro, hable con el empleado de DHS a cargo de su caso. Usted puede quitar del formulario a un miembro del equipo. Se le puede pedir que solicite la cancelación por escrito. Las reglamentaciones federales no requieren que la cancelación sea por escrito para los Programas de Drogas y Alcohol. No se puede divulgar o solicitar más información una vez cancelada la autorización. DHS puede seguir usando la información obtenida antes de la cancelación.
5. **Menores:** Si usted es menor, puede autorizar la divulgación de información de salud mental o de abuso de drogas ilegales si tiene 14 años o más; para divulgar cualquier información sobre enfermedades transmitidas sexualmente o sobre control de natalidad no importa la edad; para la divulgación de información médica general debe tener 15 años o más.

6. **Atención especial:** Para información referente a **VIH/SIDA, salud mental, análisis genéticos o tratamiento por abuso de drogas/alcohol**, la autorización debe identificar claramente la información específica que se podrá divulgar.

Redivulgación: Las reglamentaciones federales (42 CFR Parte 2) prohíben cualquier nueva divulgación de información sobre Alcohol y Drogas; la ley estatal prohíbe volver a divulgar información sobre VIH/SIDA (ORS 433.045, OAR 333-12-0270); y la ley estatal prohíbe la nueva divulgación de información sobre salud mental, tratamiento por abuso de drogas ilegales, rehabilitación vocacional y tratamiento para discapacidades de desarrollo provenientes de programas solventados con fondos públicos (ORS 179.505, ORS 344.600) sin una autorización escrita específica.