



Formulario de Autorización y Revelación de Información Médica

Autorización y Divulgación de Información Médica Favor de Completar Todas las 3 Secciones y Firmar Abajo

Sección A

Seleccione todas las que apliquen: **SÓLO LA INFORMACIÓN SELECCIONADA ABAJO ES APROBADA PARA DIVULGACIÓN:**

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación | <input type="checkbox"/> Informe de Alta | <input type="checkbox"/> Todos los récords clínicos |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Evaluación Médica | <input type="checkbox"/> Notas del Progreso |
| <input type="checkbox"/> Resultados del Laboratorio/Examen | <input type="checkbox"/> Examen Educativo | <input type="checkbox"/> Examen Genético |
| <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento/Recomendaciones | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

Propósito o necesidad para la divulgación: La información identificada arriba será divulgada para el propósito de proveer y coordinar su cuidado como para cualquier servicio de salud o social relacionados que usted pueda requerir, como parte del programa de casos de salud de Monroe Plan.

Sección B Por favor seleccione al menos un cuadro en ambas categorías:

Se le da permiso al:

- YourCare
 Proveedores del Cuidado de la Salud de los cuales yo recibo servicios de salud
 Otro: _____

Para revelar información a:

- YourCare
 Proveedores del Cuidado de la Salud de los cuales yo recibo servicios de salud y otras agencias cuyos servicios apoyaran el cuidado y los servicios suministrados
 Otro: _____

Sección C: Por favor seleccione todas las que apliquen:

- Yo, el abajo firmante, he leído lo mencionado arriba y autorizo al médico, agencia, u organización nombrado en la Sección B, a revelar información médica general.
- Yo, el abajo firmante, he leído lo mencionado arriba y autorizo al médico, agencia, u organización nombrado en la Sección B, a revelar información del tratamiento de abuso de drogas (alcohol/drogas). Yo comprendo que cualquier revelación de los récords de los programas del tratamiento por el abuso de alcohol o drogas asistidos Federalmente, está obligada por el Título 42 del Código de Regulaciones Federales.
- Yo, el abajo firmante, he leído lo mencionado arriba y autorizo al médico, agencia, u organización nombrado en la Sección B, a revelar información de salud mental.

Yo comprendo que yo puedo retirar este consentimiento en cualquier momento excepto hasta el punto en que una acción ya haya sido tomada en relación a este. Este consentimiento caducará un año luego de ser firmado, a menos que abajo se especifique un periodo de tiempo diferente, un evento o una condición, en cuyo caso ese periodo de tiempo, evento o condición aplique.

Periodo de tiempo, evento o condición reemplazando el periodo especificado arriba: _____

Firma del Miembro

Fecha

Firma del Representante Personal del Miembro, si aplica:

- Padre o Madre Encargado Legal Otro: _____

Escriba en letra de molde el nombre del Miembro

En el caso de que el consentimiento verbal fue recibido por comunicación telefónica, favor de indicar la fecha y la hora de la llamada y seleccione el cuadro apropiado: Accede a revelar la información indicada arriba Declina revelar la información

Fecha: _____ Hora: _____ Firma del Personal: _____

.....
Por el presente yo cancelo mi autorización para revelar la información descrita en este formulario.

Firma del Miembro

Fecha

Este consentimiento es voluntario. Ni el YourCare ni cualquier otro proveedor o agencia que este participando en el *Programa de Administración de Casos de Salud* pueden condicionar el tratamiento o los beneficios por mi disposición de firmar esta autorización.