

# Autorización Para la Divulgación de Información Confidencial

**Importante:** Es importante que la información sobre su salud se comparta con todos sus proveedores de atención médica para garantizar que usted reciba la mejor atención posible. El propósito de compartir su información de salud con sus proveedores o apoyos es ayudar a identificar cualquier atención médica de seguimiento que pueda ser necesaria.

Por favor, permita que Empower Healthcare Solutions, LLC y su equipo de tratamiento compartan su información de salud entre sí firmando la liberación de información a continuación, o haciendo que una persona que esté legalmente autorizada para actuar en su nombre firme. Solo enviaremos y recibiremos información que se refiera a su cuidado.

## SECCIÓN 1: ¿DE QUIÉN ES LA INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA QUE SE DIVULGARÁ?

Yo, \_\_\_\_\_ (**Nombre del Miembro**) autorizo a Empower (o cualquier subsidiaria de Empower que tenga mi información) a divulgar mi información de atención médica como se describe a continuación.

**Información de Identificación Adicional del Miembro:** Número de Identificación del Miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 2: IDENTIFIQUE A LA PERSONA, PROVEEDOR O ENTIDAD QUE DIVULGARÁ LA INFORMACIÓN

<b>Arkansas Empower PASSE</b> Nombre - Empower Healthcare Solutions, LLC Dirección – 1401 West Capitol Avenue, Suite 430 Little Rock, AR 72201 Teléfono – Línea Gratuita - 866-261-1286 Fax – 888-614-5168	<b>Otro (por favor, especifique)</b> Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____ Fax _____
<b>Plan de Salud Física/Proveedor Médico</b> Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____ Fax _____	<b>Otro (por favor, especifique)</b> Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____ Fax _____
<b>Proveedor de Trastornos por Consumo de Sustancias</b> Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____ Fax _____	<b>Otro (por favor, especifique)</b> Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____ Fax _____
<b>Proveedor de Salud Mental</b> Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____ Fax _____	<b>Otro (por favor, especifique)</b> Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____ Fax _____

¿Está bien incluir información de los proveedores de tratamiento anteriores, presentes y/o futuros?:      Sí                      No

## SECCIÓN 3: ¿POR QUÉ DEBE DIVULGARSE ESTA INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA?

Razón ("A mi petición" es una respuesta aceptable): \_\_\_\_\_

Especifique, si es posible:

Coordinación/Gestión de la Atención

Asistencia de Reclamaciones

Revisión de la Calidad de la Atención

Otros (Por favor, explique la razón): \_\_\_\_\_

**(Iniciales: \_\_\_\_ ) Fecha:**

# Autorización Para la Divulgación de Información Confidencial

## SECCIÓN 4: ¿QUÉ INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA SE PUEDE DIVULGAR?

Información a la que se aplica esta autorización: Estatuto 42 CFR con respecto a la confidencialidad del abuso de sustancias requiere que se divulgue la información más limitada posible. **Al poner sus iniciales** en los siguientes puntos, está autorizando a todos los que participan en mi tratamiento a revelar los siguientes tipos específicos de información a la(s) persona(s) identificada(s) en la Sección 2 anterior:

### Salud Física y Mental

(Iniciales: \_\_\_\_\_ ) Toda la información de salud relacionada con cualquier historial médico, condición mental o física y tratamiento recibido (incluidos los servicios prestados en un Centro Comunitario de Salud Mental y / o información relacionada con el estado de VIH / SIDA) en posesión, custodia o control de las partes identificadas en este documento, independientemente de cuándo se haya generado dicha información. Esta autorización no incluye los registros de abuso de sustancias.

### Abuso de Sustancias

(Iniciales: \_\_\_\_\_ ) Autorizo específicamente la divulgación de información personal de salud de mi evaluación de drogas y alcohol. El destinatario de la información sobre el abuso de drogas y / o alcohol divulgada como resultado de esta Autorización necesitará mi autorización adicional por escrito para volver a divulgar esta información. 42 CFR §2.32 restringe cualquier uso de esta información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

Opcional: Información sobre las reclamaciones Autorizaciones Explicación de las prestaciones cartas de beneficios relativas a las Denegaciones/Apelaciones de información sobre notas Clínicas

### Información Específica

(Iniciales: \_\_\_\_\_ ) Otra información de salud, por favor, especifique

## SECCIÓN 5: ¿CUÁNTO TIEMPO DEBE DURAR ESTA AUTORIZACIÓN?

Esta autorización estará en vigor y surte efecto **hasta por un año** o hasta que yo la revoque, en la forma que se describe a continuación o hasta

(inserte la fecha de caducidad o el evento) \_\_\_\_\_ (lo que sea más corto).

## SECCIÓN 6: ¿CUÁLES SON MIS DERECHOS?

### Comprenda y Acepte lo Siguiente:

- Tengo derecho a revisar la información que se está divulgando;
- El destinatario de esta información divulgada no tiene mi permiso para volver a divulgarla; sin embargo, entiendo que esta información puede estar en riesgo de volver a ser divulgada por el destinatario, y ya no está protegida por las leyes federales de privacidad;
- Un proveedor no puede condicionar mi tratamiento a que yo firme esta autorización.
- Usted tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. ***Pero si revoca esta autorización, la revocación no afectará la divulgación de ninguna información que Empower ya haya enviado al destinatario.***
- Esta divulgación se refiere solo a la información obtenida por la agencia coordinadora, y NO incluye el historial del afiliado, que se encuentra en la oficina del proveedor.
- Si autorizó la divulgación de información sobre el consumo de alcohol o sustancias a una organización de atención médica que no es su proveedor de tratamiento, durante los próximos dos años, tiene derecho a saber quién dentro de esa organización vio realmente su información. Debe ponerse en contacto directamente con la organización para obtener esa información.
- La agencia coordinadora no recibirá compensación de un tercero por utilizar o divulgar esta información, y
- Tengo derecho a una copia de este formulario después de firmarlo.

Me gustaría una copia de este formulario: SÍ/NO \_\_\_\_\_ Iniciales:

(Iniciales: \_\_\_\_\_ ) Fecha:

# Autorización Para la Divulgación de Información Confidencial

---

Firma del Miembro o de su Representante Legalmente Autorizado

---

Fecha

---

Imprimir el  
Nombre

---

Firma del Individuo y/o del Representante Legalmente Autorizado por el Individuo\*\*

---

Fecha

**Relación con el Individuo/Miembro:**

- Sí Mismo       Padre de un Menor de Edad       Representante Legalmente Autorizado (*Tutor Legal*)\*\*  
*Naturaleza de la Relación* \_\_\_\_\_

---

Nombre del Testigo

---

Fecha

Agencia de Testigos: \_\_\_\_\_

\*\* *Cualquier persona mayor de 14 años de edad debe firmar esta autorización por sí misma, si se va a divulgar información sobre abuso de sustancias. Si se va a divulgar información de salud mental y la persona es menor de 18 años de edad, entonces el Representante Legalmente Autorizado también debe firmar. Si el Individuo ha sido adjudicado y declarado incompetente en un tribunal de justicia, el Representante Legalmente Autorizado puede firmar este formulario de consentimiento en nombre del Individuo. Por ejemplo, un poder de atención médica, una orden judicial, documentos de tutela, etc. Un poder financiero o comercial NO es suficiente. Si está firmando como Representante Legalmente Autorizado, adjunte una copia de los documentos legales apropiados que le otorguen la autoridad para hacerlo. No tiene que adjuntar copias de los documentos si ya tiene esos documentos archivados en Empower Healthcare Solutions, LLC. Mis documentos legales que otorgan autoridad para actuar en nombre del individuo ya están archivados en Empower Healthcare Solutions, LLC:*

*SÍ*

*Iniciales:*

**(Iniciales:      ) Fecha:**



# **Autorización Para la Divulgación de Información Confidencial**