

Autoridad de Revelar Información

Fecha: _____ Cliente/Nombre del Miembro: _____

1. Fecha De Nacimiento: _____
2. Domicilio: _____
3. Ciudad: _____
4. Código Postal: _____
5. Teléfono: _____

Yo, por la presente autorizo a SAGE para compartir e intercambiar información con:

6. Nombre de una persona o entidad específica (es decir, agencia remitente y representantes, oficial de libertad condicional y representantes, familiar, abogado, consejero, administrador de casos, etc.):

7. Relación con el cliente: _____
8. Dirección 1: _____
9. Dirección 2: _____
10. Ciudad, Estado, Código postal: _____
11. Teléfono: _____ 12. Fax: _____
13. Correo electrónico: _____

Propósito de la divulgación

14. Propósito de la divulgación (Por favor de escoger lo que aplique a usted):

- Coordinación con Libertad Condicional / Tribunal / Régimen Jurídico
- Coordinación con DCS – Departamento de Seguridad Infantil
- Coordinación de Atención
- Otro: explique por favor _____

Para liberar, para la continuidad de la atención y mantener mí expediente médico, la información protegida de la salud relacionada con cualquiera de los siguientes elementos seleccionados:

15. Autorizo la divulgación de la siguiente información (Por favor de escoger lo que aplique a usted):

- Información de VIH/SIDA
- Todo uso de sustancias, historia, diagnóstico e información de tratamiento
- Evaluaciones / Diagnósticos
- Resumen descarga
- Divulgación de tratamiento e información de manejo de casos
- Plan de Servicio Individualizado
- Reportes mensuales de actualización de progreso
- Notas de psicoterapia
- Otro: explique por favor _____

16. Esta versión vence el: _____

Acuerdo y nota del proveedor

ENTIENDO QUE MI INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PUEDE SER USADA Y REVELADA PARA LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO, PARA EL PAGO DE LOS SERVICIOS, O PARA OPERACIONES DE CUIDADO DE SALUD PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN POR SAGE. ACUSO RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD SAGE Y YO ENTIENDO QUE TENGO EL DERECHO DE REVISAR EL AVISO ANTES DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO. ENTIENDO QUE CUALQUIER CAMBIO EN LA NOTA SE ANUNCIARÁ EN TODOS LOS SITIOS DE SAGE Y ESTÁN DISPONIBLES PARA MÍ A PETICIÓN. ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN ESTARÁ VIGENTE DURANTE UN AÑO CALENDARIO DESDE LA FECHA EN ESTE FORMULARIO.

LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS DE LOS CLIENTES DE ALCOHOL Y / O ABUSO DE DROGAS MANTENIDOS POR SAGE ESTÁ PROTEGIDO POR LA LEY Y LOS REGLAMENTOS FEDERALES. SALVO EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES, SAGE NO PODRÁ REVELAR ORALMENTE A UNA PERSONA FUERA DEL PROGRAMA QUE UN CLIENTE ASISTE AL PROGRAMA. SAGE TAMBIÉN PUEDE NO REVELAR NINGUNA INFORMACIÓN QUE IDENTIFIQUE LA HISTORIA DEL CLIENTE DE ALCOHOL Y / O ABUSO DE DROGAS A MENOS QUE: POR UNA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO POR PARTE DEL CLIENTE; POR ORDEN JUDICIAL POR ESCRITO; O LA DIVULGACIÓN SE HACE A PERSONAL MÉDICO EN UNA EMERGENCIA MÉDICA O A PERSONAL CALIFICADO PARA INVESTIGACIÓN, AUDITORÍA O PROCESO DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA. (LEY FEDERAL DE REFERENCIA 42 USC 290 DD-3 - REFERENCIA FEDERAL REGLAMENTO CFR, PARTE 2)

EL 5 DE JUNIO DEL 2017, UN ESTADO DE EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE ARIZONA FUE DECLARADO POR EL GOBERNADOR DE ARIZONA DOUG DUCEY CON RESPECTO A LA EPIDEMIA DE OPIOIDES EN EL ESTADO DE ARIZONA. COMO PARTE DE ESTE ORDEN DE EMERGENCIA, EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE ARIZONA (ADHS) ESTÁ COLECCIONANDO DATOS SOBRE MUERTES O SOBREDOSIS RELACIONADAS CON OPIÁCEOS SOSPECHOSOS O CONFIRMADOS. SAGE COUNSELING, INC. TIENE LICENCIA DEL ADHS Y ESTÁ OBLIGADO A DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE CUALQUIER MUERTE RELACIONADA CON OPIÁCEOS CONOCIDA O SOSPECHADA O CONFIRMADA O SOBREDOSIS DE CLIENTES INSCRITOS EN ESTA AGENCIA. SI SE INFORMA A SAGE QUE USTED HA EXPERIMENTADO UNA SOBREDOSIS RELACIONADA CON OPIOIDES (SUPUESTAMENTE O CONFIRMADA) O SI USTED ES LA VÍCTIMA DE UNA MUERTE RELACIONADA CON OPIÁCEOS (SUPUESTAMENTE O CONFIRMADA), SAGE COUNSELING, INC. DEBE DIVULGAR A ADHS LA INFORMACIÓN REQUERIDA RELACIONADA CON SU CASO. MI FIRMA A CONTINUACIÓN RECONOCE LA RESPONSABILIDAD DE SAGE COUNSELING, INC. DE INFORMAR UNA MUERTE O UNA SOBREDOSIS DE SOSPECHA O CONFIRMACIÓN DE CONSUMO DE OPIÁCEOS AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE ARIZONA.

YO ENTIENDO QUE TENGO EL DERECHO DE PEDIR POR ESCRITO QUE SAGE RESTRINGIR CÓMO SE UTILIZA MI INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA REALIZAR EL TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA. ENTIENDO QUE SAGE NO ESTÁ OBLIGADO A CUMPLIR CON MI PETICIÓN.

YO ENTIENDO QUE TENGO EL DERECHO DE REVOCAR POR ESCRITO ESTA AUTORIZACIÓN PARA REVELAR MI INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA. SAGE COUNSELING, INC. NO DIVULGARÁ MI INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DESPUÉS DE QUE SE HAYA RECIBIDO UNA SOLICITUD DE REVOCACIÓN POR ESCRITO, EXCEPTO EN LA MEDIDA EN QUE SAGE COUNSELING, INC. YA HAYA TOMADO MEDIDAS ANTES DE RECIBIR LA REVOCACIÓN. SI NO SE REVOCA PREVIAMENTE, ESTE CONSENTIMIENTO TERMINARÁ EN LA FECHA DE VENCIMIENTO DEL LANZAMIENTO, COMO SE DETALLA ANTERIORMENTE.

ENTIENDO QUE A PEDIDO, TENGO EL DERECHO DE OBTENER UNA LISTA DE LAS ENTIDADES QUE RECIBIERON MI INFORMACIÓN DENTRO DE LOS DOS AÑOS ANTERIORES BAJO EL CONSENTIMIENTO DE UNA DESIGNACIÓN GENERAL. UNA SOLICITUD DE ESTA NATURALEZA DEBE HACERSE POR ESCRITO. LA RESPUESTA DEBERÍA INCLUIR EL NOMBRE DE LA ENTIDAD RECEPTORA, LA FECHA DE DIVULGACIÓN Y UNA BREVE DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN DIVULGADA. SAGE RESPONDERÁ EN 30 DÍAS O MENOS DESPUÉS DE RECIBIR LA SOLICITUD POR ESCRITO.

ESTIMADO PCP, PLAN DE SALUD MENTAL O MEDICARE/PROVEEDOR:

EL PROVEEDOR DE SALUD CONDUCTUAL ANTERIOR ESTÁ ESCRIBIENDO PARA SOLICITAR INFORMACIÓN QUE CONCIERNA A UNO DE SUS PACIENTES CON EL FIN DE COORDINAR LA ATENCIÓN. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN QUE RECIBE ESTA PERSONA DEPENDE DE SU RESPUESTA OPORTUNA A ESTA SOLICITUD. LAS LEYES DE CONFIDENCIALIDAD NO REQUIEREN UNA AUTORIZACIÓN POR SEPARADO PARA DIVULGAR ESTA INFORMACIÓN (LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA RELACIONADA CON LA INFORMACIÓN SOBRE EL ALCOHOL, LAS DROGAS Y EL VIH / ENFERMEDADES TRANSMISIBLES REQUIERE UNA AUTORIZACIÓN POR SEPARADO DE ACUERDO CON A.R.S. § 36-664 AND 42 CFR PARTE 2. POR MÁS INFORMACIÓN VER PM SECCIÓN 4.1 DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD CONDUCTUAL). SI TIENE PREGUNTAS CON RESPECTO A ESTA SOLICITUD, COMUNÍQUESE CON LA PERSONA MENCIONADA ANTERIORMENTE.

_____	_____	_____	_____
Firma del Cliente	Fecha	Representante Legal	Fecha
_____		_____	
Nombre del Cliente		Nombre del Representante	
_____	_____		
Firma del Testigo	Fecha		

Nombre del Testigo			