



# PERMISO DE 2025 PARA COMPARTIR DE FORMA ORAL INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA CON LAS PERSONAS INVOLUCRADAS EN SU ATENCIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre que se usó cuando se recibió el tratamiento (si es diferente del anterior): \_\_\_\_\_

Use este formulario para autorizar que los empleados de HealthReach Community Health Centers (HRCHC) compartan de forma oral su información de salud protegida con amigos, familiares o cualquier otra persona que lo ayude a recibir atención o a pagar por esta.

Autorizo a HRCHC a hablar con la(s) persona(s) indicada(s) a continuación respecto de mi información de salud protegida que sea relevante para que yo reciba atención o pague por esta:

**Si no quiere que se divulgue cierta información, indíquelo aquí:** \_\_\_\_\_

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_ Número(s) de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ .

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_ Número(s) de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ .

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_ Número(s) de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ .

Si me diagnosticaron o trataron lo siguiente, entiendo que la entidad que divulga necesita mi consentimiento específico. Indique si **AUTORIZA** o **NO AUTORIZA** la divulgación de forma oral de información de salud protegida para cada una de las siguientes opciones colocando sus iniciales en la casilla correspondiente.

<b>AUTORIZO</b>	<b>NO AUTORIZO</b>	<b>Autorizo a divulgar de forma oral información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) de REGISTROS DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PARA TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS E INFORMACIÓN PROTEGIDA POR LA PARTE 2 DEL TÍTULO 42 DEL CÓDIGO DE REGULACIONES FEDERALES (CODE OF FEDERAL REGULATIONS, CFR).</b>
<b>Iniciales</b>	<b>Iniciales</b>	
<b>AUTORIZO</b>	<b>NO AUTORIZO</b>	<b>Autorizo la divulgación de forma oral de PHI sobre tratamientos <u>fuera</u> de HRCHC para <b>SALUD MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO</b>. Entiendo que tengo derecho a revisar los registros médicos que contengan PHI relacionada con mi salud mental y del comportamiento, en poder de centros o agencias de salud mental con licencia, en cualquier momento razonable antes de decidir autorizar la divulgación en este formulario.</b>
<b>Iniciales</b>	<b>Iniciales</b>	
<b>AUTORIZO</b>	<b>NO AUTORIZO</b>	<b>Autorizo la divulgación de forma oral de <b>INFORMACIÓN DE VIH/SIDA, INCLUIDOS</b> resultados de pruebas. Entiendo que hay posibles riesgos asociados con la divulgación de información de VIH/SIDA, incluidos, entre otros, discriminación y cambios en los vínculos familiares y sociales.</b>
<b>Iniciales</b>	<b>Iniciales</b>	

Yo, quien suscribe, por el presente autorizo a HealthReach Community Health Centers y a los empleados o agentes designados a hablar sobre mi información de salud protegida con las personas indicadas anteriormente de acuerdo con este formulario. Este permiso estará en vigencia hasta que lo revoque. Puedo revocar este permiso en cualquier momento comunicándome con HealthReach Community Health Centers.

Firma del paciente/representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si firma el representante autorizado:

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_ Facultad legal\*: \_\_\_\_\_

*\* Describa su facultad legal para actuar en nombre del paciente (p. ej., tutor, apoderado). Es posible que le solicitemos presentar documentación que respalde dicha facultad.*

Si esta autorización permite la divulgación de información sobre programas de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias, protegida por la parte 2 del título 42 del CFR:

**Aviso para el destinatario de la prohibición de una nueva divulgación:** Esta información le fue revelada a partir de registros protegidos por las normas de confidencialidad federales (parte 2 del título 42 del CFR). En virtud de estas normas, se prohíbe que divulgue o use este registro, o el testimonio que describe la información que contiene este registro, en procesos civiles, criminales, administrativos o legislativos de una autoridad local, estatal o federal contra el paciente, a menos que así se autorice en el consentimiento del paciente, excepto según lo estipulado en la parte 2.12(c)(5) del título 42 del CFR o según lo autorice una corte de acuerdo con las partes 2.64 o 2.65 del título 42 del CFR.

Además, las normas federales le prohíben hacer otro uso o divulgar de alguna otra forma este registro, excepto si se cumple al menos una de las siguientes condiciones: (i) el uso o la divulgación adicionales están permitidos expresamente en un consentimiento por escrito firmado por la persona cuya información se divulgará en este registro o según lo permitido en la parte 2 del título 42 del CFR; (ii) usted es una entidad o un socio comercial cubierto y ha recibido el registro para tratamiento, pago u operaciones de atención médica; o (iii) usted ha recibido el registro de una entidad o socio comercial cubierto según lo permitido en las subpartes A y E de la parte 164 del título 45 del CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para cumplir con los elementos obligatorios del consentimiento por escrito para hacer otro uso o volver a divulgar el registro (vea la parte 2.31 del título 42 del CFR).