650 NE Holladay St., Suite 1700
Portland, OR 97232
comagine.org/OBHSP

Consentimiento para la divulgación de información y participación en el Programa de apoyo a la salud conductual de Oregon

Nombre del miembro:

F. de nac. del miembro:

ID del seguro/ID de Medicaid:

Consentimiento y autorización para divulgar información entre Comagine Health y proveedores de los servicios de atención médica

- Doy mi consentimiento a los servicios de administración de casos. Autorizo la divulgación y uso de parte de Comagine Health o cualquier persona designada que actúe en nombre de Comagine Health, de cualquier información médica, personal y laboral para mí.
- Entiendo que esta información puede ser divulgada por mi médico tratante u otros profesionales de atención médica que me hayan atendido. Entiendo que Comagine Health puede divulgar esta información a mi médico tratante o a otros profesionales de atención médica. Esta información se puede usar para asistir con las funciones de administración de casos de las evaluaciones de necesidades que se realizan cara a cara, la planificación de servicios centrados en la persona, el seguimiento y el apoyo.
- Entiendo que esta información puede incluir específicamente detalles sobre el tratamiento contra el alcohol y las drogas, tratamiento de salud mental, enfermedades contagiosas como la hepatitis, VIH o cualquier otra afección o tratamiento médico. Consulte las **páginas 3 y 4** para obtener más información sobre esto.
- Entiendo completamente que la intención de esta autorización es mantener segura la información solo con el fin de realizar la evaluación de necesidades funcionales y el desarrollo del plan de servicio centrado en la persona. Entiendo que Comagine Health solo divulgará la información necesaria para gestionar los servicios sociales o de atención médica.
- Esta autorización estará vigente por **un año a partir de la fecha indicada más abajo**, mientras esté recibiendo servicios de administración de caso. Entiendo que puedo retirar este consentimiento por escrito en cualquier momento excepto en la medida en que ya se hayan tomado acciones.
- Entiendo que la información utilizada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a la redivulgación por parte del destinatario y es posible que deje de estar protegida por las leyes estatales o federales.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito. Una copia firmada de esta autorización tendrá la misma validez que el original. **Si la persona que firma no es el miembro, se debe adjuntar documentación que compruebe la condición de representante legal.**

650 NE Holladay St., Suite 1700
Portland, OR 97232
comagine.org/OBHSP

Firma del miembro:_____**Fecha**_____

Mi nombre en imprenta: _____

Representante del miembro:_____**Fecha**_____

Nombre en imprenta del representante: _____

Si alguna persona firma en nombre del miembro, entregue una copia del Poder u otro documento legal que le otorgue ese permiso.

Consulte la página que sigue para divulgar información de salud protegida.

650 NE Holladay St., Suite 1700
Portland, OR 97232
comagine.org/OBHSP

Autorización para divulgar la información de salud protegida (PHI)

La información sobre usted y su salud, llamada información de salud protegida (o PHI, por su sigla en inglés) es confidencial. Las organizaciones, inclusive Comagine Health, no pueden usar esta PHI ni divulgarla a menos que usted dé su permiso por escrito. Este formulario da su consentimiento para usar y divulgar su PHI. *Debe* completar todo lo que está marcado con un asterisco (*) para que este formulario sea válido.

***Mi nombre (escriba el nombre del miembro en imprenta)**: _____

***Mi fecha de nacimiento:** _____

Doy mi consentimiento a Comagine Health para usar mi PHI y divulgarla a:	*Individuo u organización: _____ Dirección de correspondencia: _____ Ciudad, estado, código postal: _____ Número de teléfono: _____ Relación con el miembro: _____

Solicito que se use o divulgue mi PHI porque (indique los motivos):

_____

_____

***Mi PHI a divulgar incluye:** ☐ Todo, o, ☐ solo lo que he marcado abajo:

☐ Autorizaciones previas
☐ Reclamos
☐ Beneficios
☐ Registros de planes de salud
☐ Registros de facturación
☐ Medicamentos

Quiero que Comagine Health limite la divulgación de PHI a las fechas o eventos que especifico a continuación:

☐ Fechas de:_____a: _____

☐ Evento: _____

(por ejemplo, si fue al hospital en abril de 2019)

650 NE Holladay St., Suite 1700
Portland, OR 97232
comagine.org/OBHSP

Otra información que autorizo que se divulgue: Los tres tipos de PHI indicados a continuación están protegidos por otras leyes. Está bien que Comagine Health divulgue esta PHI solo si he colocado mis iniciales en el espacio al lado de este formulario. **Si no le coloqué mis iniciales, Comagine Health no puede divulgarla.**

Iniciales	Tipo de PHI
	Cualquier cosa sobre una prueba de VIH/SIDA, inclusive si me he realizado alguna, los resultados de una prueba y otros registros sobre esta.
	Mi información de salud mental (excepto notas de psicoterapia).
	La información sobre diagnósticos, tratamientos o remisiones por drogas o alcohol. También entiendo que las leyes federales dicen que nadie que reciba información sobre drogas o alcohol de Comagine Health puede divulgarla a ninguna otra persona a menos que yo dé mi autorización por escrito.

***Firma del miembro:**_____**Fecha** _____

(Si alguna persona firma en nombre del miembro, entregue una copia del Poder u otro documento legal que le otorgue ese permiso).

Mi nombre en imprenta: _____

Representante del miembro: _____**Fecha**_____

Nombre en imprenta del representante: _____

Si alguna persona firma en nombre del miembro, entregue una copia del Poder u otro documento legal que le otorgue ese permiso.

Guardar como | Imprimir | Borrar formulario