

**AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DEL NAVEGADOR DE JÓVENES DE SW WA**

Nombre \_\_\_\_\_

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

Al firmar abajo, autorizo al equipo multidisciplinario del navegador de Jóvenes de SW WA, que incluye el personal de las siguientes entidades:

Carelton	Molina Health Care	Departamento de Salud, Juventud y Familias	Family Behavioral Health	Family Solutions
Child and Adolescent Clinic	Skyline Hospital	Klickitat County DCR	Children's Health Plan of Washington	Boys and Girls Club
Kids Mental Health Pierce County	Klickitat Valley Health	Klickitat County Juvenile Court	Teen Talk	Dad's Move
Tribunal Juvenil del Condado de Clark	Culture Seed	SeaMar	Distrito Escolar 112	Administración de Discapacidades del Desarrollo
Amerigroup	Coordinated Care	Rock Solid	Legacy Health ER	Peace Health ER
Escuela (rellene)	Otro (rellene cualquier otro apoyo como un terapeuta, etc.)	Otro:	Otro:	Otro:

Para comunicarse entre sí y divulgar la siguiente información (*Marque todas las casillas que correspondan*):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones iniciales y subsiguientes de mis necesidades de servicio por la Colaboración de la Comunidad y sus miembros<br><input type="checkbox"/> Programas de tratamiento de salud mental actuales y pasados, con fechas<br><input type="checkbox"/> Programas de tratamiento actuales y pasados de trastorno por uso de sustancias, | con fechas<br><input type="checkbox"/> Visitas actuales y pasadas al Departamento de Emergencias, con fechas<br><input type="checkbox"/> Problemas o diagnóstico pasados y actuales de problemas de trastorno por consumo de sustancias<br><input type="checkbox"/> Problemas de salud física pasados o actuales<br><input type="checkbox"/> Otros: _____ |
|---|---|

**El propósito de la divulgación es coordinar las siguientes actividades de tratamiento: evaluación, derivación, trastornos médicos o por uso de sustancias, servicios de salud mental, vocacional, refugio o vivienda.**

Al firmar esta autorización, entiendo lo siguiente:

- Cuando me piden rellenar esta autorización, tengo derecho a una copia.
- Tengo derecho a anular esta autorización en cualquier momento. Cualquier revocación no será válida si la acción ya ha sido tomada en base a la autorización original. Sin mi revocación expresa, esta autorización caducará en un año desde la fecha de firma abajo.
- La información divulgada y redivulgada puede contener información sobre: Mi actual o pasada salud mental, uso de alcohol y sustancias y/o estado de VIH, y autorizo la divulgación y redivulgación para los fines de esta autorización.
- La información usada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a redivulgación por el beneficiario y puede no estar ya protegida por, con la excepción de los registros de Trastornos por uso de sustancias que están protegidos por las regulaciones federales que prohíben al beneficiario hacer una divulgación adicional de esta información, a menos que esta divulgación sea expresamente permitida por mi consentimiento o como sea permitido de otro modo por 42 CFR parte 2.
- Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar este formulario. Mi negativa a firmar no afectará el tratamiento o servicios que recibo de proveedores específicos, pero limitará la capacidad de los miembros del grupo de trabajo para comentar mis necesidades y coordinar mi atención médica.

**Firma (paciente o persona autorizada para dar autorización)**

**Fecha**

*Si lo firma una persona distinta al paciente, escriba su nombre en letras de imprenta y proporcione el motivo, la relación con el paciente y la descripción de la autoridad.*

**Todas las divulgaciones y redivulgaciones deben estar acompañadas de la siguiente notificación:** "Esta información ha sido divulgada a usted de los registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las normas federales le prohíben volver a divulgar esta información a menos que se permita expresamente mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas".