



**SOLICITUD DE
SERVICIOS DE SALUD MENTAL**
Effective January 1, 2013

DBH-0050
(1/13)

La terminación de esta aplicación sirve como su solicitud de servicios de salud mental a través del Departamento de Idaho de Salud y Bienestar Social. Una vez finalizada, esta solicitud será revisada por un médico de salud mental y nos comunicaremos con usted en cuanto a los posibles pasos a seguir en su, o en su caso, la elegibilidad de su hijo para recibir servicios.

Por, _____ la presente se aplican para los Servicios de
(Nombre del solicitante o del padre / tutor)
Salud Mental para mí (o mi hijo) del Departamento de Salud y Bienestar Social, como se indica a continuación:

Nombre	
Dirección	
Número de teléfono	
Padre / Guardian 's Nombre	

Estoy buscando servicios para mí (o mi hijo) para hacer frente a los siguientes problemas: (Letra de molde)

(Por favor, adjunte hojas adicionales si es necesario)

Al firmar abajo, yo estoy solicitando los servicios de salud mental. Entiendo que esta solicitud de servicios no es una garantía de servicios. Además, doy consentimiento para que el Departamento lleve a cabo una evaluación de salud mental que podría abrir potencialmente incómodos pensamientos o sentimientos, me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de este consentimiento. He leído y entendido lo anterior.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del Padre o Tutor

Fecha

PERFIL DEL CLIENTE DE SALUD MENTAL

Nombre _____ Fecha _____
 Nombre Apellido Inicial

Fecha de nacimiento: _____ *NSS (opcional): _____ Número de teléfono principal: (_____) _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Código postal _____

Dirección postal (si es diferente): _____

Nombre del padre o contacto de emergencia: _____ Teléfono: (_____) _____

Dirección: _____

- Sexo**
- Mujer
 - Hombre
 - Se negó
 - Mujer transgénero
 - Hombre transgénero
 - Desconocido

- Estado civil**
- Convivencia
 - Divorciado
 - Casado
 - Nunca casado o Soltero
 - Separado
 - Viudo

- Método preferido de contacto**
- Teléfono (_____) _____
 - Texto(_____) _____
 - Carta
 - Correo electrónico
 - Correo electrónico _____

- Grupo étnico**
- Cubano
 - Hispano o latino
 - Origen no especificado
 - Mexicano
 - Otro origen hispano o latino específico
 - No es de origen hispano o latino
 - Puertorriqueño
 - Desconocido

- Composición del hogar**
- Vive solo
 - Vive con adolescentes
 - Vive con niños
 - Vive con familiares
 - Vive con personas que no son familiares
 - Otro
- Número de personas que viven con usted _____

- Situación laboral**
- Discapacitado
 - Empleo de tiempo completo
 - Empleo de medio tiempo
 - Ama de casa
 - En las Fuerzas Armadas
 - Otro
 - Residente o preso
 - Jubilado
 - Empleado temporal
 - Estudiante
 - Desempleado
- Nombre del empleador _____

- Raza**
- Nativo de Alaska
 - Indio americano
 - Asiático
 - Negro o afroamericano
 - Nativo hawaiano
 - Otro
 - Isleño del Pacífico
 - Desconocido
 - Blanco o caucásico

- Tipo de alojamiento**
- Adolescente que vive de forma independiente
 - Adulto que vive con sus padres, parientes o tutores
 - Adolescentes (menores de 18 años) que viven con sus padres, parientes o tutores
 - Hogar de adopción temporal o cuidado de adopción temporal
 - Cárcel o centro correccional
 - Vivienda dependiente
 - Entorno institucional
 - Atención residencial
 - Vida independiente
 - Otro
 - Otra condición residencial
 - Sin hogar (hotel, habitación o solo cuarto)
 - Sin hogar (refugio a largo plazo)
 - Sin hogar (al aire libre)
 - Sin hogar (refugio a corto plazo)
 - Sin hogar (en casa de alguien más)
 - Residencia de crisis
 - Hogar de adopción temporal o cuidado de adopción temporal

- Tipo de seguro**
- Blue Cross/Blue Shield
 - Organización de mantenimiento de la salud (HMO)
 - Medicaid
 - Medicare
 - Otro (p. ej., TRICARE)
 - Seguro privado (distinto a BCBS o HMO)
- Número de póliza: _____
 Número de grupo: _____

- Necesidades especiales**
- Discapacidad del desarrollo o discapacidad intelectual
 - Médica de moderada a grave
 - Ninguno
 - Problema de origen orgánico
 - Otro
 - Discapacidad física
 - Problema grave de audición o sordera
 - Lesión cerebral traumática
 - Discapacidad visual o ceguera
 - Desconocido

- Asistencia escolar**
- Asiste a la escuela regularmente: Ausente cinco días o menos
 - Educado en casa
 - No aplicable
 - No asiste a la escuela regularmente: Ausente seis días o más

Número de detenciones en los últimos 30 días _____
 Número de detenciones en los últimos 12 meses _____
 Total de meses empleado en los últimos 6 meses _____
 Número de empleadores en los últimos 12 meses _____
 ¿El cliente está bajo supervisión judicial?
 Sí _____ No _____
 Jurisdicción de supervisión _____

- Veterano**
- Servicio activo
 - Nunca ha estado en el servicio militar
 - Veterano

Nivel más alto de educación alcanzado _____

Actualmente inscrito en rehabilitación vocacional
 _____ Sí _____ No

Revised July 2019

*El Número de Seguro Social (NSS) es obtenido con el propósito de identificar a los participantes, prevenir la duplicación de beneficios e información. El departamento no divulgará el NSS de una persona sin el consentimiento de la misma a ninguna persona ajena al Departamento, excepto en la medida en que lo exija la ley. 31 CFR 1.32; 42 CFR §435.910.

Formulario de admisión clínico de salud

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Tratamiento actual

Médico principal: _____ Ubicación: _____

Fecha de la última cita: _____ Número de teléfono: _____

¿Está al día con sus vacunas? Sí No No sé

¿A qué cirugías se ha sometido? _____

¿Alguna vez se le evaluado para detectar HEP C/VIH u otras enfermedades transmisibles? _____

Si es mujer, ¿cuándo fue su último Papanicolaou? _____ ¿Su última mamografía? _____

¿Usa métodos anticonceptivos en la actualidad? Sí No

¿Qué método? _____

¿Quién es su dentista? _____ ¿Ubicación? _____

Fecha de la última cita: _____ ¿Número de teléfono? _____

Historial de salud familiar (s=sí mismo/f=familia)

¿Usted o algún miembro de su familia tienen antecedentes de alguno de los siguientes? (Marque uno o ambos)

S F Cáncer S F Diabetes S F Tiroides S F Otro

S F Derrame cerebral S F Asma S F Problemas de la vista

S F Enfermedad cardíaca S F Tuberculosis S F Problemas de audición

S F Cáncer de pulmón S F Artritis S F Lesión cerebral traumática

En caso de otra enfermedad, explique: _____

Historial de sustancias

¿Fuma, vaporiza o utiliza cualquier forma de tabaco sin humo? Sí No

¿Cuánto por día o por semana? _____ ¿Cuándo comenzó? _____

¿Le interesa dejar de fumar? Sí No

¿Utiliza sustancias ilegales? Sí No

¿Cuánto por día o por semana? _____ ¿Cuándo comenzó? _____

¿Bebe alcohol? Sí No

¿Cuánto por día o por semana? _____ ¿Cuándo comenzó? _____

Medicamentos actuales (sin receta, hierbas y recetados)

¿Sufre de alergias? _____

Signos vitales (el personal de enfermería completará esta parte) Nombre de la enfermera con licencia: _____

Presión arterial: _____ Pulso: _____ Oximetría de pulso: _____

Estatura: _____ Peso: _____ IMC: _____ Circunferencia abdominal: _____

¿Se ha hecho algún examen de laboratorio recientemente? _____ En caso afirmativo, ¿dónde? _____

Glucosa Tiroides Perfil de lípidos Perfil hep

Preocupaciones médicas, referencias Y seguimiento: _____

Consulte el estándar de evaluación de salud mental de Idaho para conocer cualquier antecedente o necesidad actual de salud mental.



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

División de Salud del Comportamiento

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO

Disponible en español. Proveemos servicios de interpretación sin costo alguno. Llame al 211 o al 1-800-926-2588 para obtener el servicio de interpretación. Disponible en español. Proveemos servicios de intérprete sin costo alguno. Llame al 2-1-1 al 1-800-926-2588 para obtener la ayuda de un intérprete.

Yo, _____, autorizo y elijo a la División de Salud del Comportamiento (IDHW-DBH) del Departamento de Salud y Bienestar para proveer examinación, tratamiento o procedimientos de diagnóstico, incluyendo la receta de medicamentos, que sean recomendados ahora o durante mi cuidado como participante o cliente. La frecuencia y el tipo de tratamiento serán decididos Yo, quien me lo receta, el médico clínico, la enfermera y el trabajador de Salud Mental decidiremos la frecuencia y el tipo de tratamiento.

___ Entiendo que existen riesgos y beneficios potenciales al tener acceso a un tratamiento de salud mental. Entiendo que (IDHW-DBH) trabajará conmigo para obtener el beneficio máximo, pero no hay ninguna garantía de que mi salud mental vaya a mejorar; sin embargo, es muy probable que ocurra un beneficio máximo con la mejora de la salud mental y el aumento de funcionamiento con la participación constante en el tratamiento.

- Entiendo y acepto que el tratamiento incluirá una evaluación de salud mental, la cual incluye una entrevista clínica y otros recursos disponibles para obtener información clínica y determinar mi elegibilidad para los servicios de Salud Mental para Adultos, identificar los problemas, fortalezas y necesidades del servicio.
- Entiendo y acepto que participaré en la creación de un plan de tratamiento individualizado que identifica las estrategias para la prestación de servicios para cubrir las necesidades identificadas en mi evaluación, creando metas de tratamiento específicas y criterios para la determinación de cuando esas metas y objetivos hayan sido alcanzados. Los servicios específicos que se incluirán en el plan de tratamiento se discutirán en detalle durante la elaboración del plan de tratamiento. Entiendo que tengo el derecho de aceptar o rechazar los servicios de salud mental que ofrece el departamento, a menos de que la ley o una orden judicial los impongan.
- Si mis servicios incluyen la administración de los medicamentos, entiendo que el médico que receta, con licencia del estado de Idaho, revisará los medicamentos que se me receten, así como los riesgos y beneficios de tomarlos. En general, los beneficios de medicamentos podrían incluir una mejora en el funcionamiento de la salud mental y la reducción de los síntomas. Los riesgos de los medicamentos podrían incluir efectos secundarios, los cuales me describirá el médico que los receta. Entiendo y acepto que informaré al médico recetante acerca de cualquier efecto secundario de los medicamentos recetados.
- Entiendo y acepto que recibiré servicios por parte del personal de (IDHW-DBH) con varios tipos de licencias y experiencia. Entiendo que hay diferentes tipos de terapia y técnicas de



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

tratamiento que podrían utilizarse para ayudarme con la recuperación. Tengo el derecho de poder preguntar el tipo de terapia o tratamiento que recibiré y el tipo de credencial y experiencia del personal.

- Entiendo que los beneficios de participación constante en los servicios de Salud Mental podrían incluir una mejora en la salud mental, el funcionamiento en la comunidad, la calidad de vida y la conciencia de las fortalezas y las limitaciones, así como una disminución en los síntomas de mi enfermedad mental.
- Entiendo que los riesgos del tratamiento podrían incluir sentimientos o recuerdos incómodos y que podría haber periodos de aumento de ansiedad o incertidumbre. Entiendo que es imposible predecir hasta qué punto podría llegar a experimentar dichos sentimientos. Entiendo y acepto que voy a discutir cualquier preocupación o problemas relacionados con el tratamiento con mi médico clínico, la enfermera o el trabajador de Salud Mental.

_____ Entiendo que mis registros se almacenan de manera electrónica o en una carpeta de archivos de papel. Los empleados de IDHW-DBH tienen acceso a estos archivos; sin embargo, no sería ético que otras personas que no estén involucradas en mis servicios tengan acceso a estos. Entiendo que los miembros del equipo de servicio a los que se me asigne tendrán acceso a mis registros y que asignarán personal a mi caso conforme sea apropiado para ayudar con mi tratamiento.

_____ Entiendo que tengo el derecho a rechazar los servicios en cualquier momento y que hay otros proveedores de la comunidad o servicios de telesalud, en algunas áreas del estado, que pueden ayudarme con mis necesidades de salud mental. Al firmar abajo, reconozco que se me informó por completo que puedo elegir los proveedores y que puedo solicitar una lista de proveedores de salud mental local en cualquier momento.

_____ Entiendo que la comunicación y los registros son confidenciales; sin embargo, hay excepciones cuando la ley exige que se revele la información o cuando aplican normas éticas de protección. Las siguientes situaciones podrían ser causas de divulgación de información confidencial sin necesidad de su consentimiento firmado:

- Al notificar abuso de niños o adultos vulnerables.
- Al revelar información para proteger a otros del daño.
- Al revelar información para protegerse de riesgos de suicidio.
- Al notificar una infección de SIDA/VIH y una posible transmisión.
- Procesos penales
- Casos de custodia de niños
- Juicios en los cuales la salud mental de una parte es un problema.
- En un juicio por negligencia que se presente en contra del departamento.
- Disputa de pagos entre usted y el departamento.



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

- Al presentar una queja con la junta de licencias u otra autoridad reguladora estatal o federal.

___ Entiendo que se me explicará el propósito de estos procedimientos.

___ Entiendo que el personal de IDHW-DBH puede ser alegre y amable al trabajar conmigo; sin embargo, deben cumplir con las normas profesionales y éticas que prohíben el desarrollo de amistades personales fuera de la oficina o cualquier intimidad sexual.

___ Entiendo que un médico clínico o trabajador social no puede proveer servicios a mis amigos, allegados de mi familia, conocidos sociales u organizacionales, asociados políticos o miembros de la familia.

___ Entiendo que puedo acceder a los Servicios de Crisis las 24 horas al llamar a la Línea Regional de Crisis de la que puedo obtener información en la oficina regional.

___ Entiendo que puedo acceder a servicios de defensa al llamar a los Derechos de Discapacidad de Idaho al 1-866-262-3462 (TDD/voz) y que puedo obtener asistencia legal a través de Asistencia Legal de Idaho (los números regionales se pueden encontrar en www.idaholegalaid.org).

Fecha: _____ Firma del cliente: _____

Fecha: _____ Firma de padre o tutor: _____

Fecha: _____ Testigo: _____



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

División de Salud del Comportamiento
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL CLIENTE PARA MENSAJES DE TEXTO Y
CORREO ELECTRÓNICO

Puede permitir que el personal de la División de Salud del Comportamiento del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (IDHW-DBH) se comunique con usted por mensaje de texto (también llamado SMS) y correo electrónico. Este formulario le explica los riesgos de este tipo de comunicación, cosas que hacer o no hacer con este tipo de contacto y cómo nosotros utilizamos estos tipos de comunicación.

1. Cómo vamos a utilizar los mensajes de texto y correos electrónicos: Solo usamos los mensajes de texto y los correos electrónicos para hablar acerca de cosas que no son urgentes o graves, como recordatorios de citas. Todo contacto con usted o de usted podría agregarse a su registro electrónico médico con IDHW-DBH (su "expediente"). Tiene el derecho de solicitar esa información en su registro médico, así como puede solicitar todos los demás registros en su historial.
2. Riesgos del uso de mensajes de texto y correos electrónicos: El uso de mensajes de texto y correos electrónicos tiene algunos riesgos que debe tener en cuenta. Estos son algunos de los riesgos, pero también puede haber otros riesgos:
 - a. Los mensajes de texto y los correos electrónicos pueden mostrarse a otras personas.
 - b. La gente puede fácilmente enviar mensajes de texto a la persona equivocada por accidente.
 - c. La gente puede guardar copias de los textos o correos electrónicos, incluso cuando los haya eliminado de su teléfono o computadora.
 - d. Los empleadores y los servicios en línea tienen el derecho de examinar los textos y los correos electrónicos enviados a través de los sistemas de la empresa.
 - e. Los textos y los correos electrónicos pueden ser leídos, editados o enviados a otra gente sin su conocimiento o sin haber dado permiso para ello.
 - f. Los textos y los correos electrónicos pueden utilizarse como evidencia en un tribunal.
 - g. Los mensajes de texto y los correos electrónicos podrían no ser seguros, así que alguien más podría ser capaz de verlos.
 - h. Alguien podría averiguar acerca de lo mencionado en texto y correos electrónicos, como cuáles son los servicios que usted recibe a través de nosotros.
3. Reglas para el uso de mensajes de texto y correo electrónico: Debido a los riesgos mencionados anteriormente, IDHW-DBH no puede garantizar la privacidad de todos los mensajes, pero hará



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

su mejor esfuerzo para lograrlo. Para el uso de correo electrónico y texto con nosotros, debe leer y estar de acuerdo con las siguientes reglas:

- a. **EN CASO DE EMERGENCIA NO USE TEXTO O CORREO ELECTRÓNICO. ¡LLAME AL 911!**
No nos envíe mensajes de texto o correo electrónico para atender problemas urgentes. Si tiene un problema urgente durante las horas regulares de oficina, llame a la oficina principal o al 911. Llámenos si necesita decirnos algo que no puede esperar.
 - b. Los mensajes de texto y los correos electrónicos podrían agregarse a su expediente médico.
 - c. El personal clínico no enviará sus mensajes de texto y correos electrónicos que lo identifiquen.
 - d. Si usted u otra persona le permiten a alguien más ver los mensajes, IDHW-DBH no se hará responsable de ello.
 - e. Es su responsabilidad dar seguimiento al personal si es necesario.
4. Retiro de consentimiento: Entiendo que si ya no deseo que IDHW-DBH utilice los mensajes de texto o correos electrónicos conmigo, puedo expresarlo por medio de una carta en cualquier momento. Si ya no deseo utilizar los mensajes de texto o los correos electrónicos con IDHW-DBH, aún podré obtener tratamiento o servicios para los que califique.
5. Reconocimiento y acuerdo del cliente: He leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos de utilizar mensajes de texto y correo electrónico como método de comunicación con el personal del IDHW-DBH. Estoy de acuerdo con las reglas de este formulario, y cualquier otra regla respecto a los mensajes de texto o correo electrónico que IDHW-DBH podría indicarme.

Escribir nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

**EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE USTED
Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
REVISE CON MUCHA ATENCIÓN**

- Si tiene alguna duda sobre este Aviso, póngase en contacto con la Oficina de privacidad del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho al 208-334-6519 o por correo electrónico en PrivacyOffice@dhw.idaho.gov.
- En cualquier momento puede solicitar una copia de este Aviso. Encontrará copias de este Aviso en las oficinas del Departamento de Salud y Bienestar. Esta Aviso también se encuentra en el sitio en internet del Departamento de Salud y Bienestar a <http://www.healthandwelfare.idaho.gov>.

OBJETIVO DE ESTE AVISO

En este Aviso de Prácticas de Privacidad describe la forma en que el Departamento de Salud y Bienestar (el Departamento) maneja la información confidencial conforme a los requisitos estatales y federales. Todos los programas en el Departamento pueden compartir la información confidencial sobre usted entre sí según sea necesario para proporcionarle los beneficios o servicios y con fines comerciales normales. El Departamento también puede compartir su información confidencial con otros fuera del Departamento según sea necesario para proporcionarle los beneficios o servicios.

Nuestro compromiso es proteger su información confidencial. Generamos registros de los beneficios o servicios que recibe del Departamento. Necesitamos estos registros para ofrecerle servicios y atención de calidad. Asimismo, necesitamos estos registros para cumplir con varias leyes locales, estatales y federales. Tenemos la obligación de:

- Utilizar y divulgar información confidencial requerida por la ley;
- Mantener la privacidad de su información;
- Proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad de su información; y
- Cumplir con los términos del Aviso vigente a la fecha.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad no afecta su elegibilidad a beneficios o servicios.

SUS DERECHOS ACERCA DE SU INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

1. Derecho a una revisión y una copia

Usted tiene el derecho de revisar y copiar su información de acuerdo con la ley.

Si quisiera revisar y una copia de su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará el formato "[Solicitud de registros](#)". Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud de acuerdo con la Ley de Registros Públicos de Idaho y las leyes federales de HIPAA.

Si solicita recibir una copia de la información, es posible que le cobremos una cuota.

Si legalmente no podemos divulgarle la información, le avisaremos.

2. Derecho a modificaciones

Si siente que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, tiene el derecho a pedirnos que se hagan cambios a su información.

Si quisiera que el Departamento cambie su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará un formato de "Solicitud para modificación de registros". Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud en 10 días.

Es posible que rechacemos su solicitud si nos pide cambiar información que:

- No generó el Departamento;
- No es parte de la información que conserva o es para el Departamento;
- No es parte de la información que se le permita revisar o copiar; o
- Determinamos que es correcta y está completa.

3. Derecho a limitar la divulgación sobre la información de la salud

Tiene el derecho a pedirnos no compartir la información sobre su salud para su tratamiento o servicios, o con fines comerciales normales. Nos debe decir cuál es la información que no quiere o con quién no quiere compartir.

Si quiere pedir al Departamento no compartir su información, en las oficinas o el sitio en internet del Departamento encontrará una "Solicitud para restringir la divulgación de información de salud". Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud por escrito.

Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con ella a menos que se necesite la información para darle tratamiento de emergencia o que usted retira la restricción. En caso de que usted o alguien a su nombre pague un artículo o servicio y solicita que no se le divulgue a un proveedor de seguro de salud la información referente a dicho artículo o servicio, aceptaremos la restricción solicitada.

4. Derecho a un medio de envío alternativo

Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted a través de medios o lugares alternos. Por ejemplo, puede pedir que le enviemos la información de un programa a una dirección de correo diferente al de otros programas de los que recibe servicios o beneficios.

Si quiere pedir un medio alternativo para el envío de su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará el formato "Solicitud de medios alternos para envío". Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud si por algún motivo se rechaza.

No le preguntaremos la causa de su solicitud. Se aprobarán las solicitudes razonables.

5. Derecho a un informe de las divulgaciones de información de salud

Tiene el derecho a solicitar un informe de las divulgaciones de información sobre su salud. En este informe de divulgaciones no va a incluir cuando compartamos la información sobre su salud para tratamiento, pago de su tratamiento o fines comerciales normales, o las veces que usted nos autorizó compartir la información.

Si quiere solicitar un informe de las divulgaciones sobre su salud, encontrará en las oficinas del Departamento o su sitio en internet el formato "Solicitud para recibir un informe de las divulgaciones de información de salud". Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento responderá a su solicitud de acuerdo con la Ley de Registros Públicos de Idaho y las leyes HIPAA federales.

El primer informe que solicite y reciba en un año calendario será sin costo. Para informes adicionales en el mismo año calendario, es posible que le cobremos el costo por proporcionarle el informe. Le informaremos del costo y es posible que decidamos retirar o cambiar su solicitud en ese momento antes de cobrarle algún costo.

CÓMO PUEDE USAR Y COMPARTIR EL DEPARTAMENTO SU INFORMACIÓN

Ocasiones en que no se necesite su permiso

- **Para tratamiento.** Podemos utilizar o compartir su información a fin de proporcionarle beneficios, tratamiento o servicios. Podemos compartir su información con una enfermera, médico o persona que le proporcione tratamiento o servicios. Los programas en el Departamento también pueden compartir su información para conjuntar los servicios que posiblemente necesite. También podemos compartir su información con personas ajenas al Departamento que estén involucradas en su atención o el pago de su atención, como familiares, representantes informales o legales u otros que le brinden servicios como parte de su atención.
- **Para pago.** Podemos utilizar y compartir su información para que pueda pagarse el tratamiento y los servicios que reciba a través del Departamento. Por ejemplo, tal vez tengamos que proporcionar información sobre usted a la compañía de seguros médicos acerca del tratamiento o los servicios que reciba para que su seguro médico pueda pagar el tratamiento o los servicios.
- **Para operaciones comerciales.** Podemos utilizar y compartir su información con fines de operaciones comerciales. Es necesario para la operación diaria del Departamento y asegurarse de que nuestros clientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, puede usar su información para revisar la forma en que proporcionamos el tratamiento y los servicios y evaluar el desempeño de nuestro personal que le brinda los servicios.

Ocasiones en que se necesite su permiso

- **Por causas a parte del tratamiento, pago u operaciones comerciales.** Puede haber ocasiones en las que el Departamento tenga que usar y compartir su información por causas a parte del tratamiento, pago y operaciones comerciales según lo que se explica arriba. Por ejemplo, si el Departamento pide a su empleador o la escuela información que no forme parte del tratamiento, pago u operaciones comerciales, el Departamento le solicitará una autorización por escrito que nos permita compartir dicha información. Si nos autoriza utilizar o compartir su información, puede suspender el permiso en cualquier momento, siempre que sea por escrito. Si suspendió su permiso, ya no podremos usar o compartir esa información. Debe entender que no podemos recuperar información que ya se haya compartido bajo su autorización.
- **Individuos que forman parte de su atención o el pago de su atención.** Podemos proporcionar información sobre usted a un familiar, representante legal o a quien usted asigne como parte de su atención. También podemos proporcionar información a quien ayude a pagar por su atención. Si usted no puede aceptar o rechazar una divulgación, podemos compartir dicha información según sea necesario si determinamos que es lo mejor para usted con base en nuestra opinión profesional. Asimismo, podemos compartir su información en un desastre para poder informar a su familia o representante legal acerca de su condición, estado y ubicación.

Otra forma de usar y compartir su información sin su permiso

- Recordatorios de citas
- Alternativas de tratamiento
- Según lo requiera la ley
- Riesgos de salud pública
- Cumplimiento de la ley
- Demandas y disputas
- Médicos forenses, directores de funerarias
- Donación de órganos y tejidos
- Tratamiento de emergencia
- Evitar una amenaza grave de salud o seguridad
- Organizaciones militares o de veteranos
- Actividades de vigilancia de la salud
- Actividades de seguridad nacional y de inteligencia
- Instituciones correccionales

REQUISITOS ESPECIALES

La información recibida de un programa de financiamiento federal para el tratamiento de drogadicción o a través del programa de bebés y niños pequeños no se liberará sin autorización específica del individuo o representante legal.

Se avisará a los individuos afectados después del incumplimiento de la información de salud sin privacidad.

CAMBIOS A ESTE AVISO

El Departamento tiene el derecho de cambiar este Aviso. En las oficinas del Departamento o en <http://www.healthandwelfare.idaho.gov> se publica una copia de este Aviso. La fecha en vigor de este Aviso aparece en la parte superior de cada página. Si el Departamento no realiza cambios a este Aviso de prácticas de privacidad, el Departamento cumplirá con los términos del Aviso vigente a la fecha.

QUEJAS

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad a la información confidencial, puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho. Todas las quejas enviadas al Departamento deben ser por escrito en el formato de "Queja sobre privacidad" disponible en las oficinas del Departamento o su sitio en internet. Para presentar una queja ante el Departamento, envíe su formato de Queja sobre privacidad lleno a:

Idaho Department of Health and Welfare
Privacy Office
P.O. Box 83720
Boise, ID 83720-0036

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad de información sobre su salud, también puede presentar una queja ante del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Su queja debe ser por escrito y debe mencionar la organización que es objeto de su queja y describir lo que usted considera que se violó. Envíe su queja por escrito a:

Region 10
Office for Civil Rights
U. S. Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue-Suite 900
Seattle, Washington 98121-1831

En el caso de las quejas presentadas por correo electrónico enviar a OCRComplaint@hhs.gov.

Una queja se debe presentar ante del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho o de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos en un plazo de 180 días de que haya ocurrido lo que usted considere una violación a la privacidad. Este límite de tiempo para la presentación de quejas puede retirarse por una buena causa.

No se le castigará ni habrá represalias contra usted por presentar una queja.

Información del cliente de salud mental para adultos y preguntas frecuentes sobre el Intercambio de Datos de Salud de Idaho (IHDE)

A partir del 3 de septiembre de 2019, ciertos datos de clientes serán transmitidos desde el sistema de registro de salud electrónico de la División de Salud Mental (DBH) al sistema de IHDE para mejorar la coordinación y la prestación de servicios para los clientes atendidos por la DBH.

¿Qué es el Intercambio de Datos de Salud de Idaho (IHDE)?

El IHDE es un intercambio seguro de información de salud a través de Internet en todo el estado, con el objetivo de mejorar la calidad y la coordinación de salud en Idaho. El IHDE permite a los proveedores de atención de salud y al personal médico un acceso rápido y seguro a información importante sobre la salud de sus pacientes en el punto de atención.

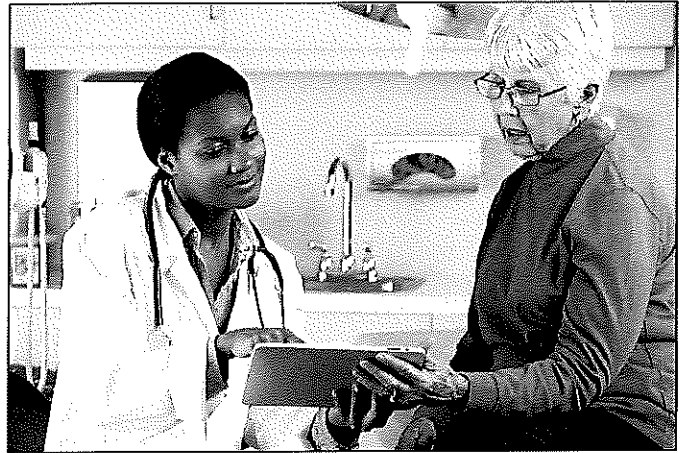
¿Cómo mejora la atención al paciente el intercambio de información sobre la salud?

Los médicos y su personal médico necesitan sus antecedentes actuales y pasados para diagnosticarlo y tratarlo con precisión. Cada médico que lo atiende puede tener solo una parte de su expediente médico. Cuando los proveedores acceden a los registros de los demás a través del IHDE, obtienen información de salud más completa y toman decisiones informadas que, en última instancia, contribuyen a mejorar la atención de sus pacientes.

¿Qué información de mi registro de la DBH pueden ver usuarios autorizados del IHDE?

La siguiente información del sistema regional de registros sanitarios de la DBH estará disponible para los usuarios autorizados del IHDE:

- Apellido
- Nombre
- Número del Seguro Social*
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Raza
- Dirección
- Número de teléfono
- Estado civil
- Proveedor de cuidados primarios
- Información de los Servicios de Salud del Comportamiento
 - Lugar donde se prestan los servicios
 - Fecha del servicio
 - Tipo de servicio (códigos de salud del comportamiento)
- Fecha de admisión
- Fecha de alta
- Alergias
- Medicamentos dispensados por el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho y la División de Salud del Comportamiento
- Información sobre la cobertura del plan de seguro



*El número del Seguro Social (SSN) no se muestra en el portal del IHDE, pero se solicita para identificar los participantes y prevenir la duplicación de beneficios e información. El SSN es un componente fundamental para el manejo de casos y actividades de coordinación de cuidados.

El Departamento de Salud y Bienestar está autorizado para obtener y utilizar números del Seguro Social (SSN) para determinar la elegibilidad a Medicaid, verificar información y evitar la duplicación en la participación. Proporcionar su SSN puede minimizar los retrasos administrativos asociados con el servicio solicitado. El departamento no revelará el SSN de una persona sin el consentimiento de la misma a ninguna persona ajena al departamento, excepto en los casos previstos por la ley; 5 U.S.C. 552a; IDAPA 16.05.03.103; 42 CFR §435.910.

¿En qué me beneficia que la información de mi hijo esté disponible en el IHDE?

Al utilizar el IHDE, los médicos y el personal médico pueden acceder rápidamente a información como los resultados de las pruebas de laboratorio que otro proveedor pueda haber solicitado. Poner esta información a disposición del médico que lo atiende, le permite tomar decisiones más informadas con respecto a su atención.

Tener acceso a esta información también puede reducir el número de pruebas que se solicitan, lo que puede ayudarlo a ahorrar tiempo y dinero.

Con la información proporcionada a través del IHDE, su médico y el personal médico pueden revisar los medicamentos actuales. Esto puede ayudar a asegurar que no se le administren medicamentos a los que usted es alérgico o que no deben tomarse con otro medicamento.

A través del IHDE, los médicos de emergencia y el personal pueden obtener información médica vital para tratarle en caso de una emergencia cuando usted no pueda comunicarse.

¿Cómo entra mi información en el IHDE?

La información del cliente DBH se transmite diariamente de forma segura desde el sistema de la DBH de historiales médicos electrónicos al IHDE.

(continuación en la página siguiente)

¿Quién tendrá acceso a la información de su hijo en el IHDE?

Proveedores de atención de salud, esto incluye médicos, personal clínico y médico en Idaho que estén inscritos para participar en el IHDE. Estos participantes SOLO pueden acceder a los datos para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica que promuevan la eficiencia de la comunicación en la atención, la seguridad y la mejora de la salud del paciente. Estos participantes también deben cumplir con los programas y las políticas del IHDE que incluyen privacidad, seguridad y estándares de la HIPAA. Está estrictamente prohibido el uso del IHDE con cualquier otro propósito. Puede obtener una lista actualizada de los participantes del IHDE visitando www.idahohde.org.

¿Cómo se comparte mi información de salud entre proveedores sin el IHDE?

Sin el uso del IHDE, su información médica se comparte entre los proveedores por teléfono, fax, correo o a través de redes informáticas limitadas. Estos procesos toman tiempo, son costosos y pueden imponerle una carga a usted o a su proveedor. El IHDE permite a un participante, como un médico, localizar registros de otro participante de la fuente de datos, como un hospital, en cuestión de minutos. Esto puede resultar en que el médico tenga un historial médico más completo.

¿Qué pasa si no quiero que mi información vaya al IHDE?

Puede solicitar voluntariamente que su información médica se excluya al transmitirse al IHDE mediante el formulario de solicitud de restricción de divulgación. Tendrá que completar, firmar y enviar el formulario por su cuenta. El personal de la DBH puede proporcionarle el formulario de exclusión voluntaria, pero no se les permite enviarlo por usted.

- Fax: (208) 803-0031
ATTN: Intercambio de Datos de Salud de Idaho, O
- Correo: Intercambio de Datos de Salud de Idaho
PO Box 6978
Boise, ID 83707

Si decide no participar, su información de salud no será visible o utilizable en el IHDE. Solo su nombre, fecha de nacimiento y sexo estarán disponibles.

Si lo rechazo la transmisión de datos, ¿puedo cambiar de opinión más tarde?

Sí. Si opta por que no se transmitan sus datos de salud, puede cambiar de opinión y optar de nuevo y revocar su solicitud de exclusión voluntaria. Puede llamar al IHDE o visitar la página web del IHDE para averiguar cómo revocar la solicitud. Su firma en una solicitud para revocar una restricción debe notariarse. Cuando revoque una solicitud de restricción, toda la información que ha sido recopilada desde que hizo su solicitud estará disponible a través del IHDE.

¿Cómo está protegida la privacidad de mi hijo?

La información compartida a través del IHDE debe cumplir con las protecciones técnicas especificadas bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"). La HIPAA regula el uso y la divulgación de su

información personal de salud para propósitos de tratamiento, pago y operaciones.

El IHDE y los proveedores participantes utilizan una combinación de medidas para proteger la información de salud de su hijo. Las medidas de seguridad técnicas incluyen el cifrado, la protección por contraseñas y los registros de auditoría que dan seguimiento a cada participante que utiliza el sistema. Las garantías de seguridad administrativas incluyen políticas que requieren acceso limitado a la información a través del IHDE. Todos los proveedores participantes deberán aceptar estas políticas. Todos los proveedores

participantes también están regulados por la HIPAA y otras leyes de privacidad federales y estatales. Los proveedores también deben tener sus propias políticas y otras garantías de seguridad, incluyendo las políticas para capacitar a su personal y acceso limitado para aquellos que necesitan conocer la información.

¿Dónde puedo obtener más información acerca del IHDE?

Para ayudar a comprender los beneficios del IHDE y para obtener más información, póngase en contacto con el IHDE de las siguientes formas:

- Teléfono: (208) 803-0030
- Correo electrónico: info@idahohde.org
- Página web: www.idahohde.org

¿Tiene preguntas o inquietudes que no se responden en este folleto?

Hable con la oficina local de Salud Mental del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho.

healthandwelfare.idaho.gov



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

**Acuse de recibo del aviso sobre las prácticas de privacidad y la información para el cliente del Idaho Health Data Exchange
(Solo para el uso de la División de Salud del Comportamiento)**

Available in Spanish. We provide interpreter services at no cost. Call 2-1-1 or 1-800-926-2588 for interpretation assistance.
Disponible en español. Proveemos servicios de intérprete sin costo alguno. Llame al 2-1-1 ó al 1-800-926-2588 para obtener la ayuda de un intérprete.

Nombre del Cliente _____
(Por favor escribe en letra de molde su Primer Nombre, la Inicial del Segundo Nombre y su Apellido)

Con mi firma, doy fe de haber recibido el aviso sobre las prácticas de privacidad por parte del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho y la información para el cliente y las preguntas frecuentes del Idaho Health Data Exchange (IHDE) concernientes a la salud mental de niños o adultos.

Su firma _____ Fecha _____

DEPARTAMENTO DE SALUD Y BIENESTAR
SERVICIOS DE SALUD MENTAL
DETERMINACIÓN DE PAGO

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL CLIENTE O RESPONSABLE:

Nombre del cliente: _____ SSN: _____
Número de Medicaid: _____

Responsable: _____ Parentesco: _____ SSN: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____

Tiene seguro: Sí No Nombre del asegurado: _____
Compañía de seguros: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Número de grupo: _____ Número de suscriptor: _____

Su cónyuge tiene seguro: Sí No Nombre del asegurado: _____
Compañía de seguros: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Número de grupo: _____ Número de suscriptor: _____

Sección II: DETERMINACIÓN DE PAGO:

(Se utilizarán sus ingresos, menos los descuentos permitidos y el número de dependientes en su hogar con nuestro pago con base en ingresos para determinar qué porcentaje deberá pagar).

Ingresos brutos mensuales para clientes **adultos**:

Ingresos brutos mensuales para clientes **niños**:

1. Sí mismo _____
2. Cónyuge _____
3. Otro _____
4. Total _____

1. Sí mismo _____
2. Padre _____
3. Madre _____
4. Otro _____
5. Total _____

Número de dependientes en el hogar: _____

Descuentos mensuales permitidos:

1. Obligaciones establecidas por el tribunal:
2. Apoyo para dependientes:
3. Gastos de cuidado de niños necesarios para el empleo de los padres:
4. Gastos médicos:
5. Transporte:
6. Gastos extraordinarios de rehabilitación:
7. Pagos de impuestos estatales y federales (incluyendo los impuestos FICA):
8. Descuentos mensuales totales:

(Solo para uso administrativo)

Fuentes de ingreso y verificación de descuentos: _____

Ingreso mensual total:

Descuentos mensuales permitidos: - _____ Ingreso mensual ajustado: _____ X 12 = _____ Ingreso anual ajustado.

SECCIÓN III: ACUERDO DE PAGO:

De acuerdo con las secciones 16-2433, 19-2524, 20-520(i), 20-511A, y 39-3137, Código de Idaho, el director está autorizado a promulgar, adoptar y aplicar las reglas para los pagos por servicios prestados por salud mental y proveedores de tratamiento de trastornos de consumo de sustancias. De acuerdo con la sección 39-30, Código de Idaho, la Junta de Salud y Bienestar está autorizada a promulgar, adoptar y aplicar las reglas para los pagos por servicios prestados por salud mental y proveedores de tratamiento de trastornos de consumo de sustancias.

Basado en su ingreso anual ajustado y el número de dependientes, se ha determinado que su responsabilidad financiera será del _____ por ciento de los pagos facturados por servicios. Esto incluye cualquier porción de sus pagos no cubiertos por el seguro, CHAMPUS o los servicios no cubiertos por Medicaid.

Afirmo que, a mi saber y entender, las declaraciones hechas por mí en la presente son verdaderas y correctas.

Entiendo que soy responsable por el monto total que adeudo y me comprometo a pagar al momento de recibir el servicio o sobre una base mensual de acuerdo con los arreglos anteriores. Si es necesario que el departamento inicie la cobranza para recuperar los impagos, entiendo que soy responsable por todos los costos en que incurra el departamento.

Firma del cliente, padre de familia o responsable

Fecha

Afirmo que he solicitado la verificación de ingresos y descuentos mensuales permitidos de la familia. He documentado con exactitud y de manera completa toda la información a mi disposición, he adjuntado copias de todos los documentos disponibles que dan fe de los ingresos y los gastos mensuales y he utilizado la información que se me proporcionó para calcular la responsabilidad financiera de mi familia de acuerdo con las reglas de la División de Salud del Comportamiento.

Firma del personal

Fecha



División de Salud del Comportamiento
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

De acuerdo con la IDAPA 16.07.33:servicios de salud mental para adultos, cada cliente que recibe servicios de salud mental a través del departamento debe recibir información sobre sus derechos y responsabilidades antes de la prestación de servicios de salud mental para adultos. Como mínimo, el cliente tiene los siguientes derechos:

1. El derecho al acceso imparcial al tratamiento y servicios, independientemente de su raza, credo, color, religión, género, país de origen, edad o discapacidad.
2. El derecho a un ambiente de trato humano que asegure la protección contra daños proporcione el mayor grado de privacidad posible con respecto a las necesidades personales y promueva el respeto y la dignidad de cada individuo.
3. El derecho a la comunicación en un idioma y formato comprensibles para el cliente.
4. El derecho a no sufrir abuso mental, físico, sexual ni verbal, negligencia ni explotación.
5. El derecho a recibir servicios en el ambiente menos restrictivo posible.
6. El derecho a un plan de tratamiento individualizado basado en la evaluación de las necesidades actuales.
7. El derecho a participar activamente en la planificación del tratamiento y los servicios de apoyo de recuperación.
8. El derecho a tener acceso a la información contenida en su registro, a menos que el acceso a elementos identificados específicos de la información esté restringido para ese cliente por razones de tratamiento señaladas en el plan de tratamiento del cliente.
9. El derecho a la confidencialidad de los registros y el derecho a recibir información de las condiciones en las que la información puede divulgarse sin el consentimiento del cliente.
10. El derecho a negarse a tomar un medicamento a menos que un tribunal de justicia haya determinado que el cliente carece de capacidad para tomar decisiones acerca de los medicamentos y sea un peligro inminente para sí mismo o para otros.



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

11. El derecho a no recibir restricciones ni ser puesto en reclusión a menos que exista un riesgo inminente de daño físico para sí mismo u otros.
12. El derecho a negarse a participar en cualquier proyecto de investigación sin perjudicar el acceso a los servicios del programa.
13. El derecho a ejercer sus derechos sin temor a represalias de cualquier tipo, incluyendo la capacidad de continuar con los servicios con acceso total.
14. El derecho a tener la oportunidad de consultar, bajo su propio costo, a un especialista independiente o un asesor legal.
15. El derecho a recibir información con anticipación sobre los motivos de la interrupción de cualquier prestación de servicio y participar en la planificación para las consecuencias de ese evento.
16. El derecho a recibir una explicación de las razones de la negación de un servicio.



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

División de Salud del Comportamiento
ACUSE DE RECIBO DE
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

Disponible en español. ACUSE DE RECIBO DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE Disponible en español. Proveemos servicios de interpretación sin costo alguno. Llame al 211 o al 1-800-926-2588 para obtener el servicio de interpretación.

Al firmar a continuación, yo, _____ reconozco que he
(Escribir en letra de molde)

recibido los Derechos y Responsabilidades del Cliente proporcionados por la División de Salud
del Comportamiento del Departamento de Salud

y Bienestar

Fecha: _____ Firma del cliente: _____

Fecha: _____ Firma de padre o tutor: _____

Fecha: _____ Testigo: _____



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

División de Salud del Comportamiento
Aviso de derechos de apelaciones administrativas

La División de Salud del Comportamiento proporciona oportunidades de opinión formales e informales para los clientes con respecto a la atención que se les proporciona. La División de Salud del Comportamiento fomenta la resolución de inquietudes o quejas de manera informal, siempre que sea posible.

Debe conocer las reglas que rigen los procedimientos de casos indicadas abajo. Sin embargo, si tiene una queja o preocupación acerca de servicios que usted o su hijo recibieron en una clínica regional operada por el estado, puede hablar primero con el personal o la gerencia de la clínica en donde recibieron los servicios. Si aún existen dudas, puede llevarlo a la atención del gerente del Programa de Salud Mental Regional.

Si su preocupación es acerca de un aviso de la decisión por parte del Programa de Salud Mental del Comportamiento, la cual sigue sin resolverse, tiene derecho a presentar una apelación administrativa de conformidad con la IDAPA 16.05.03.

Cómo solicitar una apelación:

Paso 1:

De conformidad con la IDAPA 16.05.03.101.01, usted o su representante deben presentar las apelaciones, las cuales deben incluir:

- Nombre (si se trata de un servicio proporcionado para su hijo, incluya el nombre de su hijo)
- Dirección
- Número de teléfono
- Copia del aviso de la decisión que es el objeto de la apelación y la razón del desacuerdo con la decisión
- Solución solicitada
- Cualquier evidencia que desee sea considerada

Paso 2:

Envíe por correo o fax la apelación, o entréguela en persona:

450 West State Street 10th floor
P.O. Box 83720, Boise, ID 83720-0036
Teléfono: (208) 334-5564
Fax: (208) 639-5741



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

El plazo límite para presentar una apelación es de veintiocho (28) días a partir de la fecha en que se envía la decisión. Se considera que se presenta una apelación cuando el departamento la recibe (o si se envía por correo) o cuando tenga el sello postal dentro del plazo límite previsto en el aviso de la decisión. IDAPA 16.05.03.101.02.



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

Departamento de Salud y Bienestar de Idaho Autorización para Divulgar Información

Por favor complete y devuelva esta información a una oficina del Departamento de Salud y Bienestar.

Disponible en Español. Proveemos los servicios de intérprete sin costo alguno. Llame al 2-1-1 o al 1-800-926-2588 para obtener la ayuda de un intérprete.

Información del Cliente

Nombre del Cliente _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono _____
(Primero, Segundo, Apellido)

Dirección para Correspondencia _____ Estado _____ Apartado Postal _____

Información del Solicitante

(Debe de completarse si la autorización esta siendo llenada por otra persona ajena al sujeto de la información. Por favor provea documentación de su autoridad).

Nombre del Solicitante (de ser diferente al del cliente) _____ Teléfono _____

Dirección Para Enviar Correspondencia _____ Estado _____ Apartado Postal _____

Detalles de Autorización

Yo autorizo a la siguiente persona, organización o negocios _____

a divulgar mi información confidencial a: Nombre _____

Dirección: _____ Estado _____ Apartado Postal _____

con el propósito de _____

Por favor describa en detalle la información a ser divulgada _____

Esta autorización expirara en 6 meses amenos que otra fecha o evento sea especificado aquí _____

Yo entiendo que, cuando yo pida una copia del formulario de autorización completo y firmado, me estará disponible. Yo entiendo que, puedo revocar esta autorización por escrito, a cualquier hora, excepto en el grado en que se haya tomado acción confiando en esta autorización. Yo puedo someter por escrito una declaración de revocación a una oficina del Departamento de Salud y Bienestar. Yo entiendo que la persona o entidad que reciba mi información confidencial puede que no este requenda a prevenir la divulgación o uso no autorizado de la misma.

Yo entiendo que esta autorización, a menos que yo exprese por escrito una limitación, será extendida en todos los aspectos de mi tratamiento incluyendo pruebas y/o tratamiento para enfermedades de contagio sexual, SIDA, o infección de VIH, abuso de alcohol y/o drogas y condición de salud mental.

Yo entiendo que mi firma en este formulario no es requerida par el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios, y que una copia de esta autorización será tan valida como una original.

Su Firma _____ Fecha _____

Su firma debe estar notariada si usted presenta esta solicitud por fax, correo aéreo o correo electrónico y no podemos verificarla con la información que ya está en el archivo.