



### Autorización para divulgar/obtener información

Teléfono: 727-524-4464/Fax: 727-507-4856/HIM@directionsforliving.org

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

#### Por la presente, autorizo a Directions for Living a lo siguiente:

Divulgar/Proporcionar información a la agencia/persona mencionada a continuación:  Sí  No

No Recibir/Solicitar información de la persona mencionada a continuación:  Sí  No

#### **Solo agencias iniciales a las que ha asistido. Si no aplica ninguna, complete la sección en blanco Otra agencia o persona.**

- \_\_\_\_\_ Safe Harbor: 14840 49<sup>th</sup> St. N., Clearwater, FL 33762/Tel.: (727) 464-8058/Fax: (727) 453-7778
- \_\_\_\_\_ Oficina del Defensor Público: 14250 49<sup>th</sup> St. N., Clearwater, FL 33762/Tel.: (727) 464-6516/Fax: (727) 464-6119
- \_\_\_\_\_ Operation PAR: 6655 66<sup>th</sup> St. N., Pinellas Park, FL 33781/Tel.: (727) 545-7564/Fax: (727) 545-7584
- \_\_\_\_\_ ACTS: 3575 Old Keystone Rd., Tarpon Springs, FL 34688/Tel.: (727) 935-0295/Fax: (727) 937-3659
- \_\_\_\_\_ Boley Centers: 445 31<sup>st</sup> N., St. Petersburg FL, 33713 Teléfono/Tel.: (727) 821-4819/Fax: (727) 490-0538
- \_\_\_\_\_ Morton Plant Hospital: 300 Pinellas St., Clearwater, FL 33756/Tel.: (727) 461-8601/Fax: (727) 461-8849
- \_\_\_\_\_ Eleos: 11254 58<sup>th</sup> St. N., Pinellas Park, FL 33782/Tel.: (727) 545-6477/Fax: (727) 549-6074
- \_\_\_\_\_ Suncoast Center: 4024 Central Ave., St. Petersburg, FL 33711/Tel.: (727) 327-7656/Fax: (727) 322-2157
- \_\_\_\_\_ Bay Pines VA: 10,000 Bay Pines Blvd., Bay Pines, FL 33744/Tel.: (727) 398-6661/Fax: (727) 398-9543
- \_\_\_\_\_ Windmoor: 11300 U.S. 19 N., Clearwater, FL 33764/Tel.: (727) 541-2646/Fax: (727) 322-7205
- \_\_\_\_\_ Westcare: 2525 1<sup>st</sup> Ave. S., St. Petersburg, FL 33712/Tel.: (727) 490-6768/Fax: (727) 541-3993
- \_\_\_\_\_ St. Anthony's Hospital: 1200 7<sup>th</sup> Ave. N., St. Petersburg, FL 33705/Tel.: (727) 825-1100/Fax: (727) 825-1344
- \_\_\_\_\_ Largo Medical Center: 201 14<sup>th</sup> St. S.W., Largo, FL 33770/Tel.: (727) 588-5200/Fax: (855) 446-6008
- \_\_\_\_\_ Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Pinellas: 647 1<sup>st</sup> Ave. N., St. Petersburg, FL 33701/Tel.: (727) 582-7912/Fax: (727) 582-7589
- \_\_\_\_\_ Bayside Clinic/Mobile Medical Unit: 14808 49<sup>th</sup> St. N, Clearwater FL 33762/Tel.: (727) 453-7866/Fax: (727) 582-7912
- \_\_\_\_\_ Evara Health: 1344 22<sup>nd</sup> St. S., St. Petersburg, FL 33712/Tel.: (727) 824-8181/Fax: (727) 824-8150
- \_\_\_\_\_ Departamentos de Salud del Condado de Pinellas: 205 Dr. Martin Luther King Jr. St. N. Suite 2-173, St. Petersburg FL, 33701  
Tel.: (727) 824-6900/Fax: (727) 373-5959
- \_\_\_\_\_ Oficina del tutor ad litem: 14250 49th St N #4000, Clearwater, FL 33762/Tel.: (727) 464-6528/Fax: (727) 464-7674/Correo electrónico: Pinellasc6.caserecords@gal.fl.gov

Otra agencia o persona: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ N.º de fax: \_\_\_\_\_

La información específica que se divulgará es: ESCRIBA SUS INICIALES en cada punto - ya sea por escrito (W), verbal (V) o ambas

- |   |   |
|---|---|
| _____ W _____ V Evaluación psiquiátrica                               | _____ W _____ V Evaluación biopsicosocial       |
| _____ W _____ V Notas de seguimiento psiquiátrico                     | _____ W _____ V Notas sobre el progreso clínico |
| _____ W _____ V Análisis de laboratorio, radiografías, ECG, EGG, TC   | _____ W _____ V Planes de tratamiento           |
| _____ W _____ V Lista de medicamentos                                 | _____ W _____ V Evaluación psicológica          |
| _____ W _____ V Resultados de tratamiento/Pruebas de drogas o alcohol | _____ W _____ V Resumen del tratamiento         |
| _____ W _____ V Información de citas                                  | _____ W _____ V Resumen del alta                |
| _____ W _____ V Información de facturación                            |   |
| _____ W _____ V Otra (se debe especificar): _____                     |   |

**Propósito de la divulgación:** Esta información se divulga, recibe y utiliza con el fin de coordinar mi atención, evaluar mis necesidades o prestarme servicios. En caso contrario, dé una explicación: \_\_\_\_\_

Comprendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y que mi tratamiento no depende de que firme o no esta autorización. Además, entiendo que apruebo que se compartan todos los registros que he autorizado divulgar anteriormente, incluida la información confidencial que está protegida por las leyes estatales y federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes relacionados con el alcohol, el abuso de drogas, la salud mental y el VIH (Título 42 del CFR, Parte 2; FS 394; FS 381). **Si yo, el cliente, solo permito la divulgación de un determinado rango de fechas de los registros médicos en poder de Directions for Living, especifique: Desde (mes/fecha)**

\_\_\_\_\_ hasta (mes/fecha) \_\_\_\_\_. A pesar de que cualquier persona que reciba mis registros de esta Organización no está autorizado a divulgarlos a otra persona sin un consentimiento adicional por escrito, entiendo que Directions for Living no puede garantizar que no se vuelva a divulgar posteriormente. Por medio de la presente eximo a la Organización/persona emisora de cualquier responsabilidad que pueda surgir como resultado del uso de la información contenida en las copias de los registros divulgados, como resultado de esta autorización, si dicha información se utiliza posteriormente en mi perjuicio. **Entiendo que los servicios de copiado conllevan gastos.** También entiendo que tengo el derecho a inspeccionar o copiar la información médica divulgada.

**Duración de la autorización:** Esta autorización es **válida por un (1) año** después de la fecha de mi firma tal como aparece a continuación.

**O :** Es mi deseo que esta divulgación **caduque antes de 1 año el (mes/fecha)** \_\_\_\_\_. Esta autorización será válida cuando me den de alta de la agencia o, en el caso de los hijos menores de 18 años y no emancipados, cuando cumpla 18 años si lo firma uno de los padres o el tutor legal sin documentación legal que demuestre sus derechos a la historia clínica. Esta autorización puede revocarse en cualquier momento mediante notificación por escrito por parte del firmante o cliente, pero la revocación no tiene ningún efecto sobre las medidas adoptadas anteriormente. Durante un estado de emergencia, o cuando una reunión en persona represente una amenaza significativa para la salud y la seguridad del cliente o empleado, se permitirá el uso del consentimiento verbal con la presencia de dos empleados de DFL.

Nombre del cliente en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del representante legalmente autorizado \_\_\_\_\_

Firma del representante legalmente autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo en letra de imprenta: (DEBE haber un testigo para que sea válido) \_\_\_\_\_

Firma del testigo: (DEBE haber un testigo para que sea válido) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Elija una opción:**

Divulgar registros ahora, si se seleccionaron varias agencias anteriormente, especifique la agencia a la cual divulgar: \_\_\_\_\_

Solicitar registros ahora, si se seleccionaron varias agencias anteriormente, especifique la agencia a la cual solicitar: \_\_\_\_\_

**O**

Esta versión se conservará únicamente para su uso futuro o continuo.