



# AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Número de id. de VBH: \_\_\_\_\_

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

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Otros nombres utilizados: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## **Autorizo a Valley Behavioral Health a divulgar mi información de salud protegida a:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Método de comunicación: \_\_\_\_\_

### **Esta autorización es para lo siguiente: (elija solo una opción)**

- Cargar en la historia para una divulgación futura
- Enviar la historia en este momento
- Solo comunicación verbal recíproca

**Objetivo de la solicitud:**  Coordinación de la atención  Legal  Personal  Otro (especificar) \_\_\_\_\_

### **Información que se divulgará:**

**Salud mental:**  Evaluación  Plan de atención  Notas de terapia individual  Notas médicas

Registros de facturación  Otra (especificar) \_\_\_\_\_

**Trastorno por consumo de sustancias:**  Evaluación  Plan de atención  Notas de terapia individual

Notas médicas  Registros de facturación  Otra (especificar) \_\_\_\_\_

**Fechas del servicio que se divulgarán:**  Todas las fechas  Rango de fechas específico \_\_\_\_\_

**Vencimiento de la autorización\*\*:** (ingresar la fecha específica) \_\_\_\_\_

\*\* Si no se ingresa la fecha de vencimiento, esta autorización vencerá 1 año después de la fecha de la firma.

### **Entiendo que:**

- Puedo solicitar una copia de mi historia clínica. Mis proveedores revisarán mi solicitud, y la solicitud puede denegarse si se determina que la historia clínica es perjudicial para mí, mi tratamiento u otras personas. Las solicitudes pueden tardar hasta 30 días en completarse, y es posible que se apliquen cargos.
- Las historias clínicas médicas y de salud mental están protegidas por leyes y reglamentaciones de confidencialidad federales y estatales, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que se disponga lo contrario en dichas leyes y reglamentaciones.
- Mi historia clínica en relación con el trastorno por consumo de sustancias está protegida en virtud de la ley federal, en la parte 2 del título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (42 CFR Part 2), y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability & Accountability Act) de 1996, en las partes 160 y 164 del título 45 del Código de Reglamentaciones Federales (45 CFR Parts 160 and 164), y no puede divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que se disponga lo contrario en las reglamentaciones.
- Este formulario es voluntario y no es obligatorio para recibir servicios de Valley Behavioral Health, a menos que el objetivo de la divulgación sea para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, si lo permite la ley estatal.
- Esta autorización puede revocarse en cualquier momento. Si esta autorización es para un tratamiento ordenado judicialmente, no puede revocarse. La revocación no incluirá información ya compartida en función de esta autorización.
- Con la divulgación de esta información, existe el potencial de que se produzca una nueva divulgación no autorizada, y es posible que no esté protegida por las normas federales en materia de confidencialidad. Valley Behavioral Health no hace nuevas divulgaciones de información de salud protegida (protected health information, PHI) recibida de agencias, entidades o proveedores externos, excepto cuando la ley así lo exige.

**Asimismo, presto mi consentimiento para que mi firma electrónica sea válida y exigible como si hubiera firmado en persona, y lo acepto.**

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o del representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del representante

\_\_\_\_\_  
Relación con el cliente

\_\_\_\_\_  
Firma de integrante del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Información de contacto del Departamento de Historias Médicas de VBH: T: 801-273-6425, F: 385-388-8670,  
[medicalrecords@valleycares.com](mailto:medicalrecords@valleycares.com)

V 3.2023