



# Caridades Católicas de la Arquidiócesis de Dubuque

Oficina Administrativa: 1229 Mount Loretta Avenue P.O. Box 1309, Dubuque, IA 52004-1309  
Teléfono 563-588-0558 or Llamada gratis 1-800-772-2758

## Autorización del paciente para divulgar/obtener información

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

ESTA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA U OBTENIDA DE:

AUTORIZO A CARIDADES CATÓLICAS VERBALMENTE O POR ESCRITO:

### DIVULGAR LA INFORMACIÓN SIGUIENTE:

### OBTENER LA INFORMACIÓN SIGUIENTE:

_____ Evaluación	_____ Historial y Físico	_____ Reportes de sala de emergencia
_____ Notas de progreso	_____ Reportes de consulta	_____ Resumen de alta
_____ Resumen de alta	_____ Evaluaciones	_____ Resultados de laboratorio
_____ Evaluación psiquiátrica/psicológica	_____ Evaluación psiquiátrica/psicológica	_____ Notas de progreso
_____ Otra: _____	_____ Otra: _____	

### EL PROPÓSITO DE ESTA DIVULGACIÓN ES:

Comunicar y compartir información para proporcionar un tratamiento eficiente y eficaz y hacer referencias apropiadas cuando sea necesario para el mejor interés del paciente.

Otra: \_\_\_\_\_

### RESTRICCIONES EN CUANTO A ESTA AUTORIZACIÓN:

La autorización termina un año desde la fecha de la firma o si se revoca como se indica a continuación o como se especifica: \_\_\_\_\_

Otra: \_\_\_\_\_

Entiendo que tengo el derecho de revisar la información que se divulga en esta autorización y que, si es deseado, tal inspección ocurrirá en una reunión con un(a) consejera u otro personal autorizado de Caridades Católicas. Entiendo que puedo revocar esta autorización si presento por escrito una revocación al receptor(a) nombrado anteriormente y a Caridades Católicas. Además, entiendo que la información compartida antes de recibir la revocación puede ser usada para lo que se menciona anteriormente. Después de divulgar la información, entiendo que esta información puede ser re-divulgada por el receptor(a) y que quizás no será protegida por las Reglas de Privacidad. Esto es explicado también en el Aviso de las Prácticas de Privacidad de Caridades Católicas y que he sido ofrecido una copia de ese documento.

Entiendo que tengo el derecho de negar la divulgación de información protegida para tratamiento, reembolso u operaciones de cuidado de salud y que tengo el derecho de dejar tal consentimiento en cualquier momento. Sin embargo, excepto en situaciones de emergencia, Caridades Católicas reserva el derecho a negar tratamiento, mandar a otro proveedor, o limitar opciones de tratamiento si se niega a firmar autorización para el uso de divulgación de información protegida para tratamiento, objetivos de reembolso, y/o si los servicios pedidos son por causa de orden judicial o para el único propósito de proveer una evaluación a tercero.

_____ Firma de cliente o representante legal	_____ Fecha
_____ Firma de testigo:	_____

### AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA POR EL ESTADO O LEY FEDERAL

Autorizo la divulgación de información con respecto a:

- \_\_\_\_\_ 1. Abuso de sustancias
- \_\_\_\_\_ 2. Salud mental
- \_\_\_\_\_ 3. Información de VIH

\_\_\_\_\_  
Firma de cliente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de cliente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

He recibido una copia de esta autorización: \_\_\_\_\_ (iniciales)

### PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN A TERCEROS

Este formulario no autoriza la divulgación a terceros fuera de los límites de este consentimiento. Donde hay información divulgada que es protegida por la ley federal para abuso de alcohol/drogas (42 CFR Parte 2) para el registro de salud mental (Iowa Code CH 228), o de SIDA (Iowa code CH, 141), los requisitos federales y del estado prohíben divulgaciones sin el consentimiento por escrito del cliente o como es permitido por la ley. Una autorización general para la revelación de información médica no es suficiente para eso. Sanciones civiles y/o criminales pueden pasar por revelaciones de abuso de alcohol/drogas, salud mental o información de SIDA sin autorización.

C5: Rev 06/2013

### Documentación de información enviada

Fecha la información fue enviada:
Resumen de información enviada:
Firma de consejera(o) o personal administrativo responsable: