

**AUTORIZACIÓN DE NORTHKEY COMMUNITY CARE  
PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Autorizo y doy mi consentimiento voluntario para el intercambio mutuo de información entre NorthKey Community Care y la persona o entidad nombrada a continuación. Me han informado del tipo específico de información que se solicita o se divulga. También entiendo que negarme a firmar esta autorización no afecta de ninguna manera mi tratamiento, pago o elegibilidad para recibir beneficios. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad.

<b>Información del cliente</b>	Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Nombre del padre/madre/tutor legal: _____ Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico del cliente/padre/madre/tutor legal: _____ <b>Nota: Si no completa este formulario en su totalidad, este documento será nulo.</b>
<b>Divulgar a:</b>	Nombre: _____ Organización: _____ Dirección: _____ Ciudad/estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____
<b>Objetivo</b>	<b>Los registros se divulgarán con el siguiente propósito:</b> <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención <input type="checkbox"/> Informar el progreso del cliente      Otro: _____ <input type="checkbox"/> Discapacidad/SSI <input type="checkbox"/> Verificar la asistencia <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Legal/tribunal <input type="checkbox"/> Derivación de crisis a la gestión de casos de SCL. Proveedores de KY: Para obtener una lista de proveedores: <a href="http://dbhdid.ky.gov/ddid/sc/forms-cm.aspx">http://dbhdid.ky.gov/ddid/sc/forms-cm.aspx</a>
<b>Información para divulgar</b>	<b>Fechas de los servicios solicitados:</b> Se proporcionarán los últimos dos años de servicios activos <b>O</b> solicito: <input type="checkbox"/> Los servicios desde el principio hasta la actualidad (historial médico completo) <input type="checkbox"/> Fechas específicas: _____ <input type="checkbox"/> No se solicitan registros en este momento. Autorización para permanecer en el archivo a los fines de continuidad de la atención. Tipo de información que se divulgará: <input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Evaluaciones <input type="checkbox"/> Plan de Tx <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Otro _____ Entiendo que la información que se divulgará puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual y tratamiento para el consumo de alcohol y drogas. Puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). <i>A menos que se marque a continuación, doy mi consentimiento para la divulgación de este tipo de información.</i> <input type="checkbox"/> <i>No autorizo la divulgación de este tipo de información.</i>
<b>Cliente/padre/madre/tutor legal</b>	A menos que sea revocada, esta autorización vencerá un (1) año a partir de la fecha de la firma o en la siguiente fecha: _____. A menos que se indique lo contrario, los registros documentados después de la fecha de firma que aparece a continuación se divulgarán de forma verbal; o escrita del cliente/padre/madre/tutor legal por hasta un año a partir de la fecha de la firma. <b>Yo, el abajo firmante, autorizo a North Key Community Care a usar y divulgar información de mi registro según lo especificado anteriormente.</b> Firma del cliente: _____ Fecha: _____ Firma del padre/madre o tutor legal: _____ Fecha: _____
<b>Divulgación/revocación</b>	Se le ha divulgado esta información proveniente de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de información presente en este registro que identifique a un cliente como que tiene o ha tenido un trastorno por consumo de sustancias, ya sea de manera directa, por referencia a información disponible públicamente o mediante la verificación de dicha identificación por parte de otra persona, a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona cuya información se divulga 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 (ver 2.31). Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar con respecto a un delito a cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, excepto lo dispuesto en 2.12(c)(5) y 2.65. <b>REVOCACIÓN DE LA DIVULGACIÓN:</b> Esta divulgación está sujeta a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que el programa que realizará la divulgación ya haya actuado basándose en ella. Para que la revocación de esta divulgación sea válida, la revocación deberá hacerse por escrito.