

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD DE LA CONDUCTA CON FINES DE COORDINACIÓN DE LOS CUIDADOS

Michigan Department of Health and Human Services
(Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan)

Este formulario no se puede usar para divulgar información de cualquier persona o agencia que haya prestado servicios por violencia doméstica, agresión o acoso sexual. Se debe completar un formulario separado de consentimiento con la persona o agencia que prestó esos servicios. (Consulte las Preguntas Frecuentes en www.michigan.gov/bhconsent para determinar si esta restricción aplica para usted o su agencia).

Nombre	Inicial del 2 ^{do} nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Número de identificación de la persona (ID de Medicaid, últimos 4 dígitos del Número de Seguridad Social, otro)
--------	------------------------------------	----------	---------------------	---

De acuerdo con la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud, HIPAA por sus siglas en inglés), un proveedor o agencia de atención médica puede usar y compartir la mayor parte de su información médica, para poder proporcionarle tratamiento, recibir el pago por sus cuidados y administrar y coordinar su atención médica. Sin embargo, es necesario su consentimiento para compartir ciertos tipos de información médica. Este formulario le permite dar su consentimiento para compartir los siguientes tipos de información.

- Servicios de salud de la conducta y de salud mental
- Derivaciones y tratamiento por un trastorno de abuso de alcohol o sustancias

Esta información se compartirá para ayudar a diagnosticar, tratar, administrar y obtener el pago por sus necesidades médicas. Puede dar su consentimiento para compartir toda esta información o solo parte de la misma. (Consulte las Preguntas Frecuentes en www.michigan.gov/bhconsent)

I. Doy mi consentimiento para compartir mi información entre:

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

II. Doy mi consentimiento para compartir:

- Toda mi información de salud de la conducta y de trastornos por uso de sustancias
- Toda mi información de salud de la conducta y de trastornos por uso de sustancias, excepto: (A continuación, haga una lista de los tipos de información médica que no desea compartir)
- _____

Entiendo que la HIPAA permite que los proveedores y otras agencias usen y compartan gran parte de mi información médica sin mi consentimiento, para poder proporcionarme tratamiento, recibir el pago por mis cuidados y para administrar y coordinar mi atención médica.

III. Al firmar este formulario, comprendo lo siguiente:

- Estoy dando mi consentimiento para compartir mi información de salud de la conducta y de trastornos por uso de sustancias. La información de salud de la conducta y de trastornos por uso de sustancias incluye, entre otros, derivaciones y servicios para trastornos por uso de alcohol y sustancias.
- Mi información podrá compartirse entre cada agencia y persona que aparezca en la lista anterior.
- Mi información se compartirá para ayudar a diagnosticar, tratar, administrar y pagar por mis necesidades médicas.
- Mi consentimiento es voluntario y no afectará mi capacidad para obtener tratamiento médico o de salud mental, pagar por el tratamiento médico, obtener seguro médico o beneficios.
- Mi información médica podrá compartirse en forma electrónica.
- Otros tipos de información sobre mí podrán compartirse con mi información de salud de la conducta y sobre trastornos por uso de sustancias. HIPAA permite que mis proveedores y otras agencias usen y compartan gran parte de mi información médica sin mi consentimiento, para poder proporcionarme tratamiento, recibir el pago por mis cuidados y para administrar y coordinar mi atención médica.
- El intercambio de mi información médica se apegará a las leyes y normas estatales y federales.
- Este formulario no da mi consentimiento para compartir notas de psicoterapia, como lo define la ley federal.
- Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento; sin embargo, cualquier información compartida o que se relacione con mi consentimiento no podrá recuperarse.
- Deberé avisar a todas las agencias y personas que aparecen en este formulario cuando retire mi consentimiento.
- Puedo tener una copia de este formulario.
- Mi consentimiento expirará en la siguiente fecha, evento o condición, a menos que retire mi consentimiento. (Si la fecha de vencimiento se deja en blanco o es mayor de un año, el consentimiento expirará 1 año a partir de la fecha de la firma).

Fecha de vencimiento: _____

He leído este formulario o he pedido que se me lea en un idioma que puedo entender. Todas mis preguntas acerca de este formulario fueron respondidas.

Firma de la persona que da su consentimiento o de su representante legal	Fecha
--	-------

Parentesco con la persona

Misma persona Padre/Madre Tutor legal Representante autorizado

RETIRO DEL CONSENTIMIENTO

Entiendo que cualquier información compartida o que se relacione con mi consentimiento no podrá recuperarse.

Retiro mi consentimiento para compartir mi información médica:

- Entre cualquiera de las siguientes personas o agencias:

O

- Para todas las personas o agencias:

Firma de la persona que da su consentimiento o de su representante legal Fecha

Parentesco con la persona

- Misma persona Padre/Madre Tutor legal Representante autorizado

Retiro del consentimiento en forma verbal:

Este consentimiento se retiró en forma verbal.

Firma de la persona que recibe el retiro del consentimiento en forma verbal

Fecha

Se proporcionó copia a la persona interesada

La persona interesada rechazó la copia

AUTORIDAD: Este formulario se acepta ante el Michigan Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan), conforme a las normas de privacidad de HIPAA, 45 CFR Partes 160 y 164 según se modificaron el 14 de agosto de 2002, 42 CFR Parte 2, PA 258 de 1974 y MCL 330.1748 y PA 368 de 1978, MCL 333.1101 et seq. y PA 129 de 2014, MCL 330.1141a.

EJECUCIÓN: Es voluntaria, pero obligatoria si se solicita la divulgación.

El Michigan Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan) no discrimina contra ninguna persona o grupo debido a su raza, religión, edad, origen nacional, color, estatura, peso, estado civil, información genética, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, ideologías políticas o discapacidad.