|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN  SOBRE SALUD DE LA CONDUCTA | | | | | | | | | |
| Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan  *(Michigan Department of Health and Human Services)* | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Use este formulario para dar o retirar su consentimiento para compartir información acerca de sus: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| * Servicios de salud mental y de la conducta. En este formulario, se hará referencia a esto como “salud de la conducta”. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| * Diagnósticos, derivaciones y tratamiento por un trastorno por uso de alcohol o sustancias. En este formulario, se hará referencia a esto como “trastornos por uso de sustancias”. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Esta información se compartirá para ayudar a diagnosticar, tratar, administrar y pagar por sus necesidades médicas. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Por qué es necesario este formulario** | | | | | | | | | |
| Cuando recibe atención médica, su proveedor de atención médica y su plan de salud mantienen registros acerca de su salud y de los servicios que recibe. Esta información se vuelve parte de su registro clínico. De acuerdo con las leyes estatales y federales, su proveedor de atención médica y su plan de salud no necesitan su consentimiento para compartir la mayoría de los tipos de su información de salud para tratarle, coordinar su atención o recibir pago por su atención. Pero podrían necesitar su consentimiento para compartir sus registros de salud de la conducta o de trastornos por uso de sustancias. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Instrucciones** | | | | | | | | | |
| * Para **dar** su consentimiento, llene las Secciones 1, 2, 3 y 4. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| * Para **retirar** su consentimiento, llene la Sección 5. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| * Firme el formulario completado y después entrégueselo a su proveedor de atención médica. Le pueden entregar una copia. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Sección 1: Acerca de usted** | | | | | | | | | |
| Nombre | | Inicial del 2do nombre | Apellido | | | | Fecha de nacimiento | Fecha en la que se firma | |
|  | |  |  | | | |  |  | |
|  | | | | | | | | | |
| **Sección 2: Quiénes pueden ver su información y cómo pueden compartirla** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Sección 2a: Cómo se comparte información entre personas y organizaciones** | | | | | | | | | |
| Infórmenos quiénes pueden ver y compartir sus registros de salud de la conducta y de trastornos por uso de sustancias. Debe hacer una lista con los nombres específicos de proveedores de atención médica, planes de salud, familiares u otras personas. Ellos solo pueden compartir sus registros con personas u organizaciones que aparezcan en la lista siguiente. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 1. |  | | |  | 4. |  | | |  |
| 2. |  | | |  | 5. |  | | |  |
| 3. |  | | |  | 6. |  | | |  |
|  |  | | |  |  |  | | |  |
|  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección 2b: Cómo se comparte información en forma electrónica** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Los sistemas de intercambio o redes de información de salud comparten los registros en forma bidireccional y por vía electrónica. Esta forma de compartir ayuda a las personas que participan en su atención médica. Les ayuda a brindarle una mejor atención, más rápida, más segura y más completa. Es posible que su proveedor de atención médica y su plan de salud ya hayan incluido más abajo a estas organizaciones en una lista. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elija solo una opción: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Compartir mi información a través de las organizaciones que aparecen en la lista siguiente. Esta información será compartida con las personas y las organizaciones que aparecen en la Sección 2a. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| No compartir mi información a través de las organizaciones que aparecen en la lista siguiente. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Compartir mi información a través de las organizaciones que aparecen en la lista siguiente con todos mis proveedores tratantes pasados, actuales y futuros. Si elijo esta opción, puedo solicitar una lista de los proveedores que han visto mis registros. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Solo para uso del proveedor de atención médica o del plan de salud.**  Haga una lista de todos los sistemas de intercambio o redes de información de salud: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. |  | | | | | | |  | | | | 4. |  | |  |
| 2. |  | | | | | | |  | | | | 5. |  | |  |
| 3. |  | | | | | | |  | | | | 6. |  | |  |
|  |  | | | | | | |  | | | |  |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sección 3: Cuál información desea compartir** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elija una opción: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Compartir **toda** mi información de salud de la conducta y de trastornos por uso de sustancias. Esto no incluye las “notas de psicoterapia”. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Compartir **solo** los tipos de información de salud de la conducta y de trastornos por uso de sustancias que aparecen a continuación. Por ejemplo, por qué se me está tratando, mis medicamentos, resultados de laboratorio, etc. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. |  | | | | | | |  | | | | 4. |  | |  |
| 2. |  | | | | | | |  | | | | 5. |  | |  |
| 3. |  | | | | | | |  | | | | 6. |  | |  |
|  |  | | | | | | |  | | | |  |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sección 4: Su consentimiento y firma** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lea las declaraciones siguientes, después firme y escriba la fecha en el formulario. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Al firmar este formulario, comprendo lo siguiente: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Estoy dando mi consentimiento para compartir mis registros de salud de la conducta y de trastornos por uso de sustancias. Esto incluye derivaciones y servicios debido a trastornos por uso de sustancias, pero también se podría compartir otra información. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| * No tengo que llenar este formulario. Si no lo lleno, aún así puedo recibir tratamiento, seguro de salud o beneficios. Pero sin este formulario, mi proveedor o plan de salud podría no contar con toda la información necesaria para tratarme. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Mis registros, que se mencionan en la Sección 3 de arriba, se compartirán para ayudar a diagnosticar, tratar, administrar y pagar por mis necesidades médicas. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Mis registros se podrán compartir con las personas u organizaciones que se indican en la Sección 2. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Junto con mis registros de salud de la conducta y de trastornos por uso de sustancias podrán compartirse otros tipos de mi información de salud. De acuerdo con las leyes existentes, mi proveedor de atención médica y mi plan de salud no necesitan mi consentimiento para compartir la mayoría de los tipos de mi información de salud para tratarme, coordinar mi atención o recibir pago por mi atención. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Este formulario no da mi consentimiento para compartir “notas de psicoterapia”. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Puedo retirar mi consentimiento para compartir mis registros de salud de la conducta y de trastornos por uso de sustancias en cualquier momento. Entiendo que cualquier registro que sea compartido con base en una aprobación anterior no se podrá recuperar. Si retiro mi consentimiento, debo informarles a todas las personas y organizaciones que se mencionaron en este formulario. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Leí este formulario. O bien, me lo han leído en un idioma que yo puedo entender. Mis preguntas acerca de este formulario fueron respondidas. Puedo obtener una copia de este formulario. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Esta firma es válida por **1 año** a partir de la fecha en la que se firma. O bien, puedo elegir una fecha anterior o hacer que finalice después del evento o afección que se indica a continuación. (Por ejemplo, al final de mi tratamiento). | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha, evento o afección: | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Estipule su relación con la persona que da su consentimiento y después firme y escriba la fecha a continuación: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Yo mismo | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Padre/madre (nombre con letra de molde) | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Tutor (nombre con letra de molde) | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Representante autorizado (nombre con letra de molde) | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Firma | | | | | | | | | | | | | | Fecha | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Firma de testigo (si procede) | | | | | | | | | | | | | | Fecha | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PARA RETIRAR SU CONSENTIMIENTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Llene la Sección 5 si ya no desea compartir sus registros indicados en la Sección 3 anterior. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sección 5: Quiénes ya no pueden ver su información** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ya no deseo compartir mis registros con quienes están indicados en la lista de las Secciones 2a y 2b. Entiendo que cualquier información ya compartida con base en una aprobación anterior no se puede recuperar. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indique su relación con la persona que da su consentimiento, después firme y escriba la fecha a continuación. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Yo mismo | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Padre/madre (nombre con letra de molde) | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Tutor (nombre con letra de molde) | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Representante autorizado (nombre con letra de molde) | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma | | | | | | | | | | | | | | Fecha | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Firma de testigo (si procede) | | | | | | | | | | | | | | Fecha | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOLO PARA USO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA O DEL PLAN DE SALUD | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Retiro del consentimiento en forma verbal** | | | | | | | | | | | | | | | |
| La persona indicada arriba en la lista de la Sección 1 ha retirado su consentimiento. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indique abajo qué persona solicitó retirar su consentimiento, después firme y escriba la fecha a continuación. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persona indicada arriba en la lista de la Sección 1. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Padre/madre (nombre con letra de molde) | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Tutor (nombre con letra de molde) | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Representante autorizado (nombre con letra de molde) | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Firma de la persona que recibió el retiro del consentimiento en forma verbal | | | | | | | Nombre con letra de molde | | | | | | | Fecha | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Otra información para proveedores de atención médica y planes de salud** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Este formulario no se puede usar para divulgar información de una persona o agencia que haya prestado servicios por violencia doméstica, agresión sexual, acoso u otros delitos. Consulte las Preguntas Frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés) para proveedores y otras organizaciones en [michigan.gov/bhconsent](file:///\\HCS084VSNBPF008\DHS2\Lansing\Shared\OSD\Mrbig2\Forms\MDHHS%20Forms\5500-5599\michigan.gov\bhconsent). | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Identificadores adicionales (opcional)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medicaid | | | | | | | | | | | Últimos 4 números del Número de Seguridad Social | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Copia del formulario (opcional, elija una opción)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| La persona que se menciona en la Sección 1 **recibió** una copia de este formulario. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| La persona que se menciona en la Sección 1 **rechazó** una copia de este formulario. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUTORIDAD: | | Este formulario se considera aceptable ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan *(Michigan Department of Health and Human Services)* de acuerdo con la norma 42 parte 2 del CFR, PA 258 de 1974 y MCL 330.1748 y PA 368 de 1978, MCL 333.1101 y subsiguientes y PA 129 de 2014, MCL 330.1141a. | | | | | | | | | | | | | |
| EJECUCIÓN: | | Es voluntaria, pero obligatoria si se solicita la divulgación. | | | | | | | | | | | | | |
| El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan *(Michigan Department of Health and Human Services)* 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. | | | | | | | | | | | | | | | |