

Apéndice 14 ■ Autorización para Use y Divulgación de Información de Salud Protegida

Nombre del cliente: _____ MSSP Numero: _____

Por la presente, autorizo el uso y la divulgación de información de salud protegida acerca del cliente arriba mencionado para los propósitos de uso del MSSP según se detalla en seguida:

A. Autorizo MSSP Nombre: _____ solicitar el use o la divulgación de mi información de salud: _____.

B. Autorizo MSSP Nombre: _____ para obtener y utilizar mi información de salud: _____.

C. Descripción de la información de salud protegida del cliente, que será utilizada o divulgada:

Marque todos los casilleros que correspondan:

- Lesiones físicas, enfermedades o afecciones
- Enfermedades o afecciones mentales (psicológicas o psiquiátricas)
- Abuso de alcohol y/o abuso de droga
- Asistencia económica, beneficios Medi-Cal u otros beneficios sociales o médicos que se reciban
- Otros (explique): _____

D. La información de salud protegida del cliente es usada o divulgada para el(los) siguiente(s) motivos(s) por el MSSP:

Para determinar si el cliente es elegible para el MSSP, para la administración de cuidado, para sus evaluaciones de salud y psicosociales, y por motivos administrativos.

Entiendo que tengo los siguientes derechos sobre esta Autorización:

1. MSSP Nombre: _____ como receptor de la información de salud protegida, no puede divulgar esta información, a menos que MSSP

California Department of Aging, Multipurpose Senior Services Program

MSSP Site Manual

Nombre: _____ obtenga otra autorización de mi parte o a menos que esté permitido por la ley.

2. No se me puede pedir que firme esta Autorización como condición para obtener tratamiento (es decir, servicios), pago de mis beneficios o elegibilidad para beneficios.
3. MSSP Nombre: _____ me suministrará una copia de esta Autorización.
4. Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento por correo o personalmente entregando una nota escrita de revocación a MSSP dirección: _____. Tal revocación tendrá vigencia desde el momento de la recepción, excepto en los casos en los que MSSP Nombre: _____ ya haya tomado alguna medida con respecto a esta Autorización. Dicha revocación permanecerá vigente hasta que autorice, por escrito, la divulgación de mi información de salud protegida, salvo en los casos donde la divulgación de mi información de salud protegida esté permitida por la ley.
5. Entiendo que esta autorización vencerá automáticamente a los dos (2) años de su emisión independientemente de otras revocaciones que pueda pedir.
6. MSSP Nombre: _____ no utilizará o divulgará mi información de salud protegida para propósitos comerciables ni para recibir una compensación monetaria por el uso o divulgación de mi información de salud protegida.

Esta Autorización vencerá el: _____ o a los 2 (dos) años de la fecha en que se firma.

Firma del cliente o Representante personal del cliente: Fecha: _____

Relación con el cliente: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Telefono: _____