Iowa Department of Health and Human Services

**AUTHORIZATION TO OBTAIN OR RELEASE HEALTH CARE INFORMATION**
**(AUTORIZACIÓN PARA OBTENER O PROPORCIONAR INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD)**

| Nombre del cliente: | Nº de documento: | Nº de Seguro social: |
|---|---|---|
| Fecha de nacimiento: | Padre/Tutor: | |

**Autorizo a la siguiente persona o agencia a compartir información tanto escrita como oral (*información ida y vuelta o recíproca*) con respecto a mis necesidades y a los diferentes servicios que recibo. . .**

| Nombre de la agencia que proporcionará y recibirá información: | Oficina del condado |
|---|---|
| Dirección: | |
| Ciudad/Estado/Código postal: | |
| Teléfono: | Fax: |

**Para la siguiente persona o agencia:**

| Nombre de la agencia que proporcionará y recibirá información: | |
|---|---|
| Dirección: | |
| Ciudad/Estado/Código postal: | |
| Teléfono: | Fax: |

*La información proporcionada o recibida puede incluir:*

- ☐ Informes psicológicos
- ☐ Resumen de descargo
- ☐ Resultados del laboratorio
- ☐ Tratamientos y planes pos-cuidado
- ☐ Comentarios del equipo
- ☐ Historial de medicamentos
- ☐ Certificado de vacunas
- ☐ Informes escolares
- ☐ Evaluación y recomendaciones
- ☐ Resumen del expediente clínico
- ☐ Fotografías de datos familiares
- ☐ Diagnóstico/alergias
- ☐ Historial y chequeo físico
- ☐ Documentos legales
- ☐ Recepción de llamadas telefónicas
- ☐ Estado de admisión
- ☐ Antecedentes sociales
- ☐ Rayos X/informes por imagen
- ☐ Evaluación inicial
- ☐ Informes de consultas emitidos por parte de (nombre del médico/especialista):
- ☐ Otros (especifique):

**Otros (tenga en cuenta las excepciones y limitaciones relacionadas con el suministro de información):**

**Esta información se utiliza ÚNICAMENTE para (indique fin):**

| **AUTORIZACIÓN ESPECIAL PARA EL SUMINISTRO DE INFORMACIÓN** | **Tipo de información** | **Iniciales de Autorización** |
|---|---|---|
| Autorizo el suministro de la información proporcionada a la derecha, la cual necesita autorización específico, como lo estipula la ley federal: | Tratamiento/evaluación de salud mental* | |
| | Enfermedades relacionadas con VIH/SIDA | |
| | Abuso de substancias** | |

La presente autorización es válida para la información ya existente o para todo tipo de información que podría aparecer durante el período de efectividad de esta autorización. Entiendo que tengo el derecho de leer todo tipo de información proporcionada en relación con esta autorización para su posterior suministro. Es posible que pueda solicitar esta información durante el horario de trabajo normal. Entiendo de igual manera que podré modificar esta autorización en cualquier momento con sólo completar el formulario 470-3949, Request to Revoke an Authorization (Solicitud para Revocar una Autorización). Entiendo además que esta revocación no se aplicará a la información que ya ha sido proporcionada como respuesta a esta autorización. Entiendo que dicha modificación no se aplicará a mi compañía de seguros ya que la ley otorga a la aseguradora correspondiente el derecho de impugnar una demanda según lo estipulado en mi póliza. A menos que se determine lo contrario, esta autorización perderá toda la validez el día que se indica más abajo. Si no especifico una fecha de vencimiento determinada, esta autorización vencerá a los seis meses a partir de la fecha en la cual se firme. Entiendo que el suministro de esta información se autoriza por propia voluntad. Puedo negarme a firmar esta autorización. Entiendo que si las personas u organizaciones autorizadas a recibir esta información no fueran un plan médico o un profesional de la salud, la información divulgada ya no estaría protegida por las normas federales de privacidad. Sin embargo, podrían existir otras leyes federales o estatales que exijan que dicha información permanezca confidencial. Si tuviera alguna duda con respecto al suministro de información relacionada con mi salud, deberé comunicarme con (nombre) _____ llamando al (teléfono) _____. He leído este formulario, o el mismo se me ha leído o explicado, y afirmo entender su contenido.

| Firma de autorización: | Fecha: | Fecha de vencimiento: |
|---|---|---|
| Relación con el cliente: ☐ Uno mismo ☐ Representante legal | ☐ Pariente más cercano | ☐ Otro (especificar debajo) |

| | |
|---|---|
| ☐ Opcional | Firma del testigo: |
| ☐ Obligatorio | Firma del testigo: |

La copia de esta autorización firmada tendrá la misma validez que el original.

## RECORD OF DISCLOSURES (INFORME DE DIVULGACIÓN)

(Para información de salud mental)

| | Fecha | Nombre del destinatario | Contenidos proporcionados | Enviado por |
|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |

* El suministro de información sobre salud mental sólo podrá ser autorizado por personas mayores de 18 años o por el representante legal de una persona.

** El suministro de información sobre abuso de substancias podrá ser autorizado únicamente por la persona en cuestión, a menos que la edad y nivel de madurez mental de la persona demuestren que la misma no está capacitada para autorizar el suministro de tal información.

### AVISO A LOS DESTINATARIOS DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD MENTAL

De acuerdo con la sección “Suministro de información psicológica y de salud mental” (Código de Iowa, Capítulo 228), el destinatario de información sobre salud mental podrá continuar proporcionando información únicamente si obtiene una autorización de la persona afectada o del representante legal de dicha persona, o tal como lo estipulen los Capítulos 228 y 229. El suministro de información no autorizada se considera ilegal. Como consecuencia y ante este delito, podrían aplicarse ciertas penalizaciones criminales y civiles. Las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2) limitan el uso de esta información con el fin de llevar a cabo una investigación penal o bien para procesar a cualquier paciente drogadicto o alcohólico.

### AVISO A LOS DESTINATARIOS DE INFORMACIÓN SOBRE ABUSO DE SUBSTANCIAS

Esta información ha sido proporcionada a partir de los informes cuya confidencialidad se encuentra protegida por ley federal. El Código de Iowa, Capítulo 25, y las reglas federales (42 CFR, Parte 2) prohíben cualquier tipo de suministro de información adicional sin la previa autorización por escrito de la persona a quien pertenece esta información, o de otra forma permitido por dichos estatutos y reglamentos. Para este propósito, se requerirá mucho más que una autorización general para el suministro de información médica u otro tipo de información. Las reglas federales limitan el uso de esta información con el fin de llevar a cabo una investigación penal o bien para procesar a cualquier paciente drogadicto o alcohólico.

### AVISO A DESTINATARIOS DE INFORMACIÓN SOBRE PRUEBAS DE VIH

Esta información se le ha proporcionado a partir de los informes cuya confidencialidad se encuentra protegida por ley estatal. La ley estatal le prohíbe continuar suministrando información sin el previo consentimiento de la persona afectada, o de algún otro modo permitido por la ley. Para este propósito, se requerirá mucho más que una autorización general para el suministro de información médica u otro tipo de información. (Código Iowa, Sección 141ª.9) Las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2) limitan el uso de esta información con el fin de llevar a cabo una investigación penal o bien para procesar a cualquier paciente drogadicto o alcohólico.

### POLÍTICA RELATIVA A LA DISCRIMINACIÓN, EL ACOSO, LA ACCIÓN AFIRMATIVA, Y LA OPORTUNIDAD IGUALITARIA DE EMPLEO

Es política del Iowa Department of Health and Human Services ofrecer trato igualitario en cuanto a empleo y ofrecimiento de servicios a los solicitantes, empleados y clientes, sin importar su raza, color, nacionalidad, sexo, orientación de sexual, identidad de género, religión, edad, incapacidad, creencia política o estatus de veterano.

Para recibir asistencia o hacer una consulta, puede comunicarse con HHS Diversity Program Unit. Los reclamos deben ser presentados puntualmente, pero en la mayoría de los casos, antes de transcurridos 180 días de ocurrida la acción discriminatoria alegada. Si usted considera que el HHS le ha discriminado o acosado, puede enviar una carta quejándose a:

Iowa Department of Health and Human Services, Administrator, Diversity Program Unit, 1305 E. Walnut, Des Moines IA 50319-0114; teléfono (800) 972-2017; fax (515) 281-4243.