



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Sección 1: Propósito del uso o la revelación de información médica protegida

El propósito de esta autorización para el uso y la revelación de información médica protegida es permitirles a los proveedores de atención médica que revelen información médica protegida a Solari para que Solari pueda evaluar mi elegibilidad para recibir los servicios de enfermedad mental grave (SMI) o de trastorno emocional grave (SED). La ley federal y estatal prohíbe que los proveedores de atención médica compartan mi información médica sin mi permiso, salvo en determinadas situaciones. Firmando esta autorización, doy permiso para que mis proveedores de atención médica compartan mi información médica con Solari.

Sección 2: Solicitante cuya información médica se usará o revelará

Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre			
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)		Número de teléfono (con código de área)				
Dirección		Ciudad		Estado		Código postal	

Sección 3: Proveedores a los que se les permite usar o revelar información médica protegida

Nombre del proveedor de atención médica		Número de teléfono (con código de área)	
Dirección		Ciudad, estado y código postal	

Nombre del proveedor de atención médica		Número de teléfono (con código de área)	
Dirección		Ciudad, estado y código postal	

Nombre del proveedor de atención médica		Número de teléfono (con código de área)	
Dirección		Ciudad, estado y código postal	

[incluya hojas adicionales si es necesario]

Sección 1: Propósito del uso o la revelación de información médica protegida

Por medio de la presente, autorizo el uso y la revelación de mi información médica necesaria para evaluar mi elegibilidad para recibir los servicios de enfermedad mental grave (SMI) o de trastorno emocional grave (SED). **Además de la información general de mis expedientes médicos (p. ej., recetas, consultas, notas del proveedor, registros hospitalarios, etc.), entiendo que esto puede incluir la revelación de información de mi salud mental, salud conductual, tratamiento para el abuso de alcohol y otras drogas, y discapacidad del desarrollo, incluyendo diagnósticos, planes de tratamiento, pronósticos y medicamentos.**



Además, autorizo el uso y la revelación de mi:

Información relacionada con el VIH: SÍ NO

Información relacionada con otras enfermedades transmisibles: SÍ NO

Información genética: SÍ NO

Para las siguientes fechas:

Sección 5: Vencimiento de esta autorización

Esta autorización seguirá vigente durante un año desde la fecha en que se firma, a menos que designe una fecha de vencimiento, un evento o una condición específica aquí:

Sección 6: Revocación de esta autorización

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una carta dirigida a Solari en 1275 W. Washington, Suite 201, Tempe, Arizona 85288. La revocación estará vigente, salvo en la medida en que Solari ya haya usado o revelado mi información médica según esta autorización.

Sección 7: Derechos y avisos

Entiendo lo siguiente:

- La firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir los beneficios no dependerán de que yo firme esta autorización.
- La información revelada según esta autorización está sujeta a que el destinatario la revele nuevamente y puede dejar de estar protegida por los términos de esta autorización o por las reglamentaciones federales y estatales de privacidad. Todas las revelaciones de mi información médica que resguarda la reglamentación federal 42 CFR Parte 2 estarán acompañadas por un aviso que informa al destinatario de que no se puede volver a revelar la información, salvo según la ley permita.
- Me deberán entregar una copia de esta autorización firmada.

Sección 8: Autorización del solicitante/representante legal

Firma del solicitante

Fecha de la firma

Firma del representante legal (si corresponde)*

Fecha de la firma

Si un representante legal es quien firma, complete lo siguiente:

1. El solicitante: es menor es legalmente incompetente o incapacitado falleció
2. Autoridad legal: padre tutor legal pariente más cercano/albacea del fallecido
 POA activado para la atención médica

* Si el solicitante tiene menos de 18 años, se prefiere que esté su firma y la firma obligatoria del padre/tutor legal.