



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Objetivo y leyes: Este formulario debidamente completado permite la divulgación de información confidencial acerca de una persona que recibe servicios (beneficiario de los servicios) regidos y regulados por el Título 33 del Código Anotado de Tennessee (*Tennessee Code Annotated*). La divulgación de toda información según este formulario se hará de acuerdo con las leyes y los reglamentos sobre confidencialidad a continuación: el Título 33 del Código Anotado de Tennessee; la Ley federal de responsabilidad y transferencia del seguro médico (HIPAA, *Health Insurance Portability and Accountability Act*) de 1996 y sus reglamentos en las partes 160 y 164 de la sección 45 del Código de Regulaciones Federales (*CFR, Code of Federal Regulations*); y la Ley federal de confidencialidad de los registros de pacientes de alcoholismo y toxicomanía (*Federal Confidentiality of Alcohol and Substance Abuse Patient Records Act*) y sus reglamentos en la parte 2 de la sección 42 del CFR. Los registros divulgados por medio de esta Autorización están protegidos por las leyes y los reglamentos sobre confidencialidad antes mencionados. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para dar a conocer información sobre salud mental o alcoholismo y toxicomanía. Las normas federales limitan el uso de información sobre alcoholismo y toxicomanía para investigar o enjuiciar penalmente a la persona a quien corresponda esa información. Queda expresamente prohibida la divulgación de esta información a otras partes que no sean las mencionadas en este formulario sin el consentimiento especificado por escrito de la persona a quien pertenece la información.

Yo, _____ / _____, autorizo a
(Nombre del beneficiario de los servicios en letra de molde) (Fecha de nacimiento en letra de molde)

(Nombre en letra de molde del organismo o programa que hace la divulgación) y (Domicilio postal del organismo o programa que hace la divulgación)

para que divulgue a _____ / _____
(Nombre y domicilio postal en letra de molde de las personas u organizaciones a quien se puede hacer la divulgación)

la siguiente información: _____

(Describir la información específica que se puede usar o divulgar)

El objetivo de la divulgación autorizada es: _____

(Objetivo o uso específico de la divulgación)

Con la firma de este formulario, yo (el beneficiario de los servicios) entiendo que si la persona u organización aquí designada para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, parte de la información divulgada puede ya no estar protegida por las leyes y los reglamentos sobre confidencialidad antes mencionados. También entiendo que la firma de esta Autorización es voluntaria, y que no tengo que firmarla para recibir tratamiento o pagos, inscribirme o tener derecho a recibir beneficios. Asimismo, entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento por escrito, salvo en la medida en que se hayan realizado acciones basadas en la información, y que la revocación no afecta ninguna información que haya sido divulgada antes de la misma. Aun cuando yo no revoque esta Autorización, **esta vence automáticamente un (1) año después de la fecha de la firma o de la siguiente manera:**

(Especificar la fecha, suceso o condición del vencimiento)

(Firma del beneficiario de los servicios de 16 años de edad o mayor)*

(Fecha)

*Si el beneficiario de los servicios proporciona su consentimiento verbal o firma con una X, el formulario debe incluir la firma de dos (2) testigos:

(Testigo)

(Fecha)

(Testigo)

(Fecha)

(Firma de la persona que actúa en nombre del beneficiario de los servicios)**

(Fecha)

Si la persona que firma este formulario actúa en nombre del beneficiario de los servicios, debe ser: (1) el padre, la madre, tutor o custodio legal de un beneficiario de los servicios que sea menor de 18 años de edad; (2) el tutor o guardián del beneficiario de los servicios; (3) el tutor para el proceso del beneficiario de los servicios sólo para los fines del litigio en el que asiste el tutor para el proceso; (4) el apoderado según un poder notarial que le otorgue el derecho de hacer divulgaciones en nombre del beneficiario de los servicios; (5) el ejecutor, administrador o representante personal en nombre de un beneficiario de servicios difunto; y (6) el comité de revisión de tratamientos que actúe según la autoridad y el alcance de la sección 33-6-107 del Código Anotado de Tennessee. **Antes de divulgar cualquier información, debe presentarse a la entidad a la que se le solicita divulgar la información la debida documentación que compruebe la autoridad de esta persona para actuar en nombre del beneficiario de los servicios.