

Instrucciones para llenar la Autorización FFCCSB para divulgar o solicitar información médica protegida.

El formulario de Autorización y Solicitud se utiliza para solicitar copias de registros, intercambiar información o entregar a, o recibir registros de familiares, abogados, médicos, oficiales de libertad condicional/libertad bajo palabra, etc.

1. Ingrese la información de la persona a quien pertenecen los registros.

- a. Use la dirección de la persona y el número de identificación o de Seguro Social del cliente.
- b. Incluya una dirección de correo electrónico, si está disponible.
- c. Use los números de teléfono de la persona.
 - i. Si no es el del cliente, identifique de quién es el número.
 - ii. Se puede utilizar para comunicarse con la persona; por ejemplo, cuando los registros estén listos para ser recogidos.

2. Elija una casilla o ambas, según sea necesario:

Intercambiar con: Flujo bidireccional de información entre CSB y el proveedor/organización/persona externa.

Entregar a: CSB al proveedor/organización/persona externa.

- La línea *Si se envía* se utiliza cuando se solicita que se envíen registros físicos al momento de completar el formulario. Si se conoce, complete las fechas (desde y hasta) para el período de tiempo de los registros que se solicitan.
- Se puede dejar esta información en blanco, cuando/si no se solicitan registros al momento de completar el formulario.

3. Ingrese los nombres del proveedor/organización/persona a quien se va a entregar o con quien se va a intercambiar información. (Si está disponible, incluya la dirección y/o el número de teléfono).

4. Identifique la información. Marque la(s) casilla(s) que mejor se ajuste(n) a la descripción de la información solicitada.

- a. Si la persona tiene registros que están protegidos por la Parte 2 del 42 CFR, debe marcar la casilla de Registros de tratamiento por consumo de sustancias junto con cualquier otra que corresponda. De lo contrario, el contenido del conjunto de registros puede ser limitado.

5. Marque la casilla que mejor describa el motivo por el que se autoriza la entrega del conjunto de registros seleccionado.

Este formulario ya incluye los fines estándar: *tratamiento, pago y operaciones de atención médica* según se define en 45 CFR 164.506 de HIPAA: [sharingfortpo.pdf \(hhs.gov\)](#).

- Si el fin no es estándar; marque la casilla a continuación y sea específico al describir el otro fin.

6. Se debe ingresar un evento o una fecha de vencimiento en este campo.

- a. Esta autorización estará vigente hasta la fecha o evento ingresados.

Nota: Los *eventos* deben ser específicos y reflejar una “fecha” accesible; es decir, 30 días después del alta del CSB.

7. Lea detenidamente las reglas acerca de la **nueva divulgación**.

Nota: Un miembro del personal (generalmente clínico) debe revisar la sección **Comprensión y derechos** junto con la persona y/o representante autorizado antes de obtener su firma.

En la línea 4, si firma como condición de los antecedentes penales de la persona, (si se conoce) ingrese la fecha o el evento en la/el que el individuo puede revocar esta autorización; si es anterior a la fecha/el evento de vencimiento de esta autorización.

- Si se desconoce la fecha, déjela en blanco.

8. Si se solicita una copia del conjunto de registros designado cuando se completa el formulario, marque la casilla con el formato de preferencia.

- a. La oficina que lleva los registros se pondrá en contacto (utilizando los números proporcionados anteriormente), para informar cuál es el monto asociado al costo de las copias.

9. Si solicita que se envíe una copia del conjunto de registros indicado a un tercero; llene la dirección postal del destinatario, el número de teléfono, el número de fax (si se conoce) y la dirección de correo electrónico.
- ❖ **Nota: Solamente el personal de soporte del Departamento de Registros utilizará esta información para enviar los registros/la información solicitados.** No hay ningún costo por los registros cuando son solicitados por otros CSB, hospitales, doctores, asistencia legal u oficina del defensor público. La Administración del Seguro Social y la Compensación de los Trabajadores pagan una tarifa fija y no están sujetas a los costos detallados.
10. La persona (cliente de CSB a quien pertenecen los registros) debe firmar y colocar la fecha. (Esta es la fecha utilizada como la fecha de “entrada en vigencia” del formulario) Obtenga una copia de la identificación de la persona/del cliente de CSB.
11. Si la persona que firma esta autorización no es la misma o es alguien más aparte, él o ella firma la línea *Otra firma* y coloca la fecha en la autorización. Esta persona debe marcar la casilla que corresponde a la función del firmante.
- Marque la casilla correspondiente para identificar su relación con la persona a la que pertenecen los registros.
 - Ejemplos de personas autorizadas para firmar: tutor designado por el tribunal o representante autorizado mediante un *Poder legal*.
 - Personal, asegúrese de obtener la documentación que identifique la autoridad del Otro para firmar en nombre de la persona.
12. Incluya una copia de la identificación del firmante con este formulario, si aún no se ha obtenido y no se encuentra en EHR. Si hay un “*otro firmante*”, incluya una copia de la identificación del otro firmante.
- ❖ Asegúrese de marcar las casillas para mostrar la identificación y/o la prueba obtenida.
- Ejemplos de “prueba” apropiada de relación con el cliente: poder legal notariado, órdenes de nombramiento del tribunal.
 - Ejemplos de identificaciones aceptables: licencia de conducir, identificación escolar, pasaporte.
13. Ingrese el nombre y las credenciales del personal que ayuda a la persona a completar y/o aceptar el formulario, y la fecha.
14. Se debe ofrecer a la persona o al representante autorizado una copia de la autorización firmada.
- Si se entrega electrónicamente, el formulario deberá enviarse para la firma y ya se proporcionará una copia.

Registro de Revocación de la Autorización

No se puede revocar una autorización para un oficial del Sistema de Justicia Penal (libertad vigilada/libertad bajo palabra) si la participación de la persona en el tratamiento es una condición de su estatus de justicia penal.

- Si la persona desea revocar o cancelar la autorización antes de la fecha de vencimiento especificada, el miembro del personal debe completar el formulario de “Revocación de la Autorización” (en Credible) y obtener la firma de la persona y/o representante autorizado.
 - El aviso de revocación debe constar por escrito. Si no se recibe una notificación por escrito, la autorización permanecerá vigente hasta que se venza.
- Solo se notificará a las partes de una autorización acerca de la revocación, cuando/si solicitan registros, en función de la autorización.