

Departamento de Salud Mental del Condado de Erie

Permiso para usar y revelar información confidencial

Este formulario está diseñado para que lo usen organizaciones que colaboran entre sí en la planificación, coordinación y prestación de servicios a personas diagnosticadas con discapacidades mentales. Permite el uso, la revelación y la nueva revelación de información confidencial con fines de coordinación de la atención, prestación de servicios, pago de servicios y operaciones de atención médica. Este formulario cumple los requisitos de § 33.13 de la Ley de Higiene Mental del Estado de Nueva York, las reglamentaciones federales de privacidad de registros de alcohol y drogas (42 CFR Parte 2) y la ley federal que rige la privacidad de los registros educativos (FERPA) (20 USC 1232g). No debe usarse para información relacionada con el VIH-SIDA. Aunque incluye muchos de los elementos requeridos por 45 CFR 164.508 (c), este formulario no es una "Autorización" según las reglas federales de HIPAA. No se requiere una "Autorización" porque el uso y la revelación de información médica protegida es para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. (Consulte 45 CFR 164.506).

1. Reconozco que mi información se registrará en un registro electrónico y, por la presente, doy permiso para usar y revelar registros médicos, de salud mental, de alcohol/drogas y educativos como se describe abajo.

2. La persona cuya información puede usarse o revelarse es:

Nombre: _____ . Fecha de nacimiento: _____

3. La información que se puede usar o revelar incluye (marque todas las opciones que correspondan):

- Registros de salud mental
 Registros de alcohol/drogas
 Registros escolares o educativos
 Registros médicos
 Todos los registros listados arriba

4. Esta información podrá revelarla:

- Cualquier persona u organización que tenga la información que se revelará
 Las personas u organizaciones listadas en el Anexo A
 Las siguientes personas u organizaciones que me prestan servicios:

5. Esta información podrá revelarse a:

- Cualquier persona u organización que necesite la información para prestar servicio a la persona que es objeto del registro, pagar por esos servicios o participar en el control de calidad u otras operaciones de atención médica relacionadas con esa persona.
 Las personas u organizaciones listadas en el Anexo A
 Miembro de la familia o defensor designado nombrado abajo para ayudar en mi atención o en el acceso a la vivienda o servicios de coordinación de atención:

- Las siguientes personas u organizaciones:

6. Los fines para los que se puede usar y revelar esta información incluyen:

- Evaluación de elegibilidad para participar en un programa respaldado por el Departamento de Salud Mental del Condado de Erie;
- Prestación de servicios, incluyendo la coordinación de la atención y la gestión de casos;
- Pago por servicios; y
- Operaciones de atención médica, como control de calidad.

7. Entiendo que las leyes de Nueva York y federales prohíben a las personas que reciben registros de salud mental, de abuso de alcohol o drogas y educativos volver a revelar dichos registros sin permiso. También entiendo que no todas las organizaciones que pueden recibir un registro deben seguir las reglas federales de HIPAA que rigen el uso y la revelación de información médica protegida. POR LA PRESENTE DOY PERMISO A LAS PERSONAS Y ORGANIZACIONES QUE RECIBEN REGISTROS, SEGÚN ESTA AUTORIZACIÓN, PARA VOLVER A REVELAR EL REGISTRO Y LA INFORMACIÓN DEL REGISTRO A PERSONAS U ORGANIZACIONES DESCRITAS EN EL PÁRRAFO 5 PARA LOS FINES PERMITIDOS EN EL PÁRRAFO 6, PERO NO PARA OTRO PROPÓSITO.

Departamento de Salud Mental del Condado de Erie
Permiso para usar y revelar información confidencial (cont.)

8. Este permiso para volver a revelar caduca (marque la casilla correspondiente):

El (fecha) _____
 Un año a partir de la fecha de la firma

9. Este permiso para volver a revelar está limitado de la siguiente manera:

El permiso solo se aplica a los registros durante el siguiente período de tiempo: _____ a _____
 Otras limitaciones: _____

10. Entiendo que este permiso puede revocarse. He recibido un Aviso de prácticas de privacidad y entiendo que, si se revoca este permiso, es posible que no sea posible continuar participando en ciertos programas. Se me informará de esa posibilidad si quiero revocar este permiso. También entiendo que los registros revelados antes de que se revoque este permiso no se pueden recuperar. Cualquier persona u organización que haya confiado en este permiso puede continuar usando o revelando registros e información médica protegida, según sea necesario, para completar el trabajo que comenzó porque se dio este permiso.

Soy la persona cuyos registros se usarán o revelarán. Doy permiso para usar y revelar mis registros como se describe en este documento.

Firma

Fecha

Soy el representante legal de la persona cuyos registros se usarán o revelarán. Mi relación con esa persona es

_____. Doy permiso para usar y revelar sus registros como se describe en este documento.

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Anexo A

Este permiso para revelar registros se aplica a las siguientes organizaciones y personas que trabajan en esas organizaciones. Estas organizaciones trabajan juntas para prestar servicios a los residentes del condado de Erie.

BestSelf Behavioral Health
Buffalo City Mission
BryLin Hospital
Buffalo Federation of Neighborhood Centers
Buffalo Psychiatric Center
Catholic Charities
Cazenovia Recovery Services
Child & Family Services
CINQCARE
Community Connections of New York
Community Services for Every1
Compeer West
Endeavor Health Services
Envision Healthcare
Departamento de Salud del Condado de Erie
Departamento de Salud Mental del Condado de Erie
Servicios forenses de salud mental del condado de Erie
Departamento de Servicios Sociales del Condado de Erie
Erie County Medical Center
Evergreen Health Services
Gateway Longview
Family Help Center
Harmonia Collaborative Care
Health Home Partners of Western New York, LLC

Health Homes of Upstate New York
Hilside Children's Center
Hispanics United of Buffalo
Homeless Alliance of WNY
Horizon Health Services
Jericho Road Community Health Center
Jewish Family Services
Kaleida Health
Living Opportunities of DePaul
Lt. Col. Matt Urban Human Services Center
Mental Health Association
Monroe Plan for Medical Care
Monsignor Carr Institute
My Place Home – Polly Jean Suites
New Directions
NY-508 Continuidad de la atención (HUD)
Niagara County Department of Mental Health and Substance Abuse Services
Niagara County Single Point of Access
Niagara County Department of Social Services
Niagara Falls Memorial Hospital
Niagara Gospel Rescue Mission
OLV Human Services
Recovery Options Made Easy

RedArgyle
Restoration Society, Inc.
Ejército de salvación
Save the Michaels of the World, Inc.
Southern Tier Environments for Living
Spectrum Health and Human Services
Suburban Adult Services, Inc.
Suicide Prevention & Crisis Services
Sylvia House
The Arc of Erie County, NY
Together for Youth
Transitional Services, Inc.
University Psychiatric Practice
UPMC - Chautauqua
Veteran Administration Medical Center
Western New York Independent Living, Inc.
WNY Children's Psychiatric Center
YWCA of Western New York
WNY Veteran Housing Coalition
Otro: