

## 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  
Hillside 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: