

## Departamento de Salud Mental del Condado de Erie

### Permiso para usar y divulgar información confidencial

Este formulario está diseñado para ser utilizado por organizaciones que colaboran entre sí en la planificación, coordinación y entrega de servicios a personas diagnosticadas con discapacidades mentales. Permite el uso, la divulgación y la re- divulgación de información confidencial para fines de coordinación de atención, prestación de servicios, pago por servicios y operaciones de cuidado de la salud. Este formulario cumple con los requisitos § 33.13 de la Ley de Higiene Mental del Estado de New York (New York State Mental Hygiene Law), las regulaciones 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 es para usar para información relacionada con el VIH-SIDS. Aunque incluye muchos de los elementos requeridos por 45 CFR 164.508 (c), este formulario no es una "autorización" bajo las Reglas federales de la HIPAA. No se requiere una "autorización" porque el uso y la divulgación de la información de salud protegida son para fines de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud. (Ver 45 CFR 164.506.)

1. Reconozco que mi información se ingresará en un registro electrónico, y por la presente doy permiso para usar y divulgar registros de salud, salud mental, alcohol/drogas y educación según se describe a continuación.

2. La persona cuya información puede ser utilizada o divulgada es:

Nombre: \_\_\_\_\_ . Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

3. La información que se puede usar o divulgar incluye (marque todo lo que sea aplicable):

- ☐ Registros de salud mental
- ☐ Registros de alcohol/drogas
- ☐ Registros escolares o educativos
- ☐ Registros de salud
- ☐ Todos los registros mencionados anteriormente

4. Esta información podrá ser divulgada por:

- ☐ Cualquier persona u organización que posea la información que se divulga
- ☐ Las personas u organizaciones enumeradas en el archivo anexo A
- ☐ Las siguientes personas u organizaciones que me brindan servicios:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esa información puede ser revelada a:

- ☐ Cualquier persona u organización que necesite la información para proporcionar servicio a la persona que es objeto del registro, pagar esos servicios o participar en la garantía de la calidad u otras operaciones de cuidado de la salud relacionadas con esa persona.
- ☐ Las personas u organizaciones enumeradas en el anexo A
- ☐ Las siguientes personas u organizaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Los propósitos para los cuales esta información se puede utilizar y divulgar incluyen:

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

7. Comprendo que New York y la ley federal prohíben a las personas que reciben salud mental, alcohol o abuso de drogas, y registros educativos re-divulgar esos registros sin permiso. También comprendo que no todas las organizaciones que puedan recibir un registro deben seguir las reglas federales de HIPAA que rigen el uso y la divulgación de la información de salud protegida. POR LA PRESENTE, DOY PERMISO A LAS PERSONAS Y ORGANIZACIONES QUE RECIBEN REGISTROS DE CONFORMIDAD CON ESTA AUTORIZACIÓN PARA RE-DIVULGAR EL REGISTRO Y LA INFORMACIÓN EN EL REGISTRO A LAS PERSONAS U ORGANIZACIONES DESCRITAS EN EL PÁRRAFO 5 PARA LOS FINES PERMITIDOS EN EL PÁRRAFO 6, PERO SIN NINGÚN OTRO PROPÓSITO.

**Permiso del Departamento de Salud Mental del  
Condado de Erie para usar y divulgar información confidencial  
(continuación)**

8. Este permiso expira (marque la casilla aplicable):

- ☐ El \_\_\_\_\_
- ☐ Al suceder el siguiente evento: \_\_\_\_\_

9. Este permiso está limitado de la siguiente manera:

- ☐ El permiso solo se aplica a los registros para el siguiente período: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_
- ☐ Otra limitación: \_\_\_\_\_

10. Comprendo que este permiso puede ser revocado. He recibido un aviso de prácticas de privacidad y comprendo que si este permiso se revoca, puede no ser posible continuar participando en ciertos programas. Seré informado de esa posibilidad si deseo revocar este permiso. También comprendo que los registros divulgados antes de que se revoque este permiso no se pueden recuperar. Cualquier persona u organización que se base en este permiso puede continuar usando o divulgando registros e información de salud protegida según sea necesario para completar el trabajo que comenzó porque se otorgó este permiso.

Soy la persona cuyos registros serán utilizados o divulgados. Doy permiso para usar y divulgar mis registros según se describe en este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Soy el representante personal de la persona cuyos registros serán utilizados o divulgados. Mi relación con esa persona es \_\_\_\_\_ . Doy permiso para usar y divulgar mis registros según se describe en este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Imprimir nombre Anexo A**

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

Berkshire Farm  
BestSelf Behavioral Health  
Buffalo City Mission  
BryLin Hospital  
Buffalo Federation of Neighborhood  
Centers  
Buffalo Psychiatric Center  
Catholic Charities  
Cazenovia Recovery Services  
Child& Family Services  
Community Connections of New York  
Community Services for Every1  
Compeer West  
Endeavor Health Services  
Envision Healthcare  
Erie County Department of Mental Health  
Erie County Forensic Mental Health Services  
Erie County Department of Social Services  
Erie County Medical Center  
Gateway – Longview  
Greater Buffalo United Healthcare Network  
Family Help Center  
Harmonia Collaborative Care

Health Home Partners of Western New York,  
LLC  
Health Homes of Upstate New York  
Heritage Centers  
Hillside Children's Center  
Hispanics United of Buffalo  
Horizon Health Services  
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  
New Directions  
NY-508 Continuum of Care (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.  
Salvation Army  
Southern Tier Environments for Living  
Spectrum Human Services  
Suburban Adult Services, Inc.  
Suicide Prevention & Crisis Services  
Temple of Christ, My Place Home  
Transitional Services, Inc.  
University Psychiatric Practice  
UPMC - Chautauqua  
Veteran Administration Medical Center  
Weinberg Campus  
Western New York Independent Living Project  
WNY Children's Psychiatric Center  
YWCA of Western New York

Otro: