

**MDHHS-5515, CONSENT TO SHARE BEHAVIORAL HEALTH INFORMATION**  
**MDHHS-5515-SP, CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN**  
**DE SALUD CONDUCTUAL**

Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS)  
(Revised 9-25)

Use este formulario para dar o retirar su consentimiento para compartir información relacionada con sus:

- Servicios de salud mental y conductual. Se hará referencia a esto como "salud conductual" a través de este formulario.
- Diagnóstico, derivación, y tratamiento por desorden por uso de alcohol o sustancias. Se hará referencia a esto como "desorden por uso de sustancias" a través de este formulario.

Esta información será compartida como ayuda para diagnosticar, tratar, manejar, y pagar por sus necesidades de salud.

Si usará este formulario para la divulgación a múltiples partes, toda la información identificada será compartida con todas las partes identificadas en este formulario. Si éste no es el objetivo, use formularios diferentes.

**Por Qué Es Necesario Éste Formulario**

Cuando usted recibe cuidado médico, su proveedor de cuidado médico y su plan de salud guardarán registros sobre su salud y los servicios que recibe. Esta información pasa a formar parte de su registro médico. Bajo las leyes estatales y federales, su proveedor de cuidado médico y su plan de salud no necesitarán su consentimiento para compartir la mayoría de sus tipos de información de salud para tratarlo, coordinar su cuidado, o recibir pagos por su cuidado. Sin embargo, es posible que necesiten su consentimiento para compartir sus registros de salud conductual o desorden por uso de sustancias.

**Instrucciones**

Para dar su consentimiento, complete la sección 1, y luego complete ya sea la sección 2 Operaciones de Tratamiento, Pago y Cuidado Médico (TPO) únicamente, las secciones 3 y 4 únicamente, o las secciones 2, 3 y 4.

Este consentimiento no se usará para ningún procedimiento civil, delictivo, administrativo o legislativo.

Para retirar su consentimiento, complete la Sección 6.

Firme el formulario completado, y luego entrégueselo a su proveedor de cuidado médico. Éste podrá entregarle una copia.

---

**SECCIÓN 1 – SOBRE USTED**

Nombre (Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre y Apellido)	Fecha de Nacimiento
---	---------------------

---

**SECCIÓN 2—OPERACIONES DE TRATAMIENTO, PAGO Y CUIDADO MÉDICO (TPO)**

Información compartida entre individuos y organizaciones

Consentimiento para Todos los Futuros Usos de Operaciones de Tratamiento, Pago y Cuidado Médico

- ☐ Comparta toda la información sobre salud conductual y desorden por uso de sustancias con todos mis proveedores de tratamiento, planes de salud, pagadores terceros, y personas que ayudan a operar este programa de operaciones de tratamiento, pago y cuidado médico.

Caducidad del consentimiento para TPO: A menos que se especifique, este consentimiento no caducará.

- ☐ Este consentimiento caduca (opcional)

Al dar su consentimiento para operaciones de tratamiento, pago y cuidado médico, existe la posibilidad de uso o divulgación de los registros de acuerdo con su consentimiento para que estén sujetos a una redivulgación por parte del receptor y ya no estén protegidos por 42 CFR Parte 2.

Si usted no da su consentimiento para compartir sus operaciones de tratamiento, pago y cuidado médico, las consecuencias, de haberlas, son

**SECCIÓN 3 - QUIÉN PUEDE VER SU INFORMACIÓN Y CÓMO SE PUEDE COMPARTIR**

A. Infórmenos quién puede ver y compartir sus registros de salud conductual y desorden por uso de sustancias. Usted deberá hacer un listado con nombres específicos de proveedores de cuidado médico, planes de salud, miembros familiares, y otras personas. Ellos sólo pueden compartir sus registros con las personas u organizaciones que figuran a continuación.

<input type="checkbox"/> Plan de Salud -	<input type="checkbox"/> Plan de Salud Pre-pago para Pacientes Internados (PIHP) -
1.	2.
3.	4.
5.	6.

B. Información Compartida de Forma Electrónica

Los intercambios o redes de información de salud comparten registros de un lado a otro de forma electrónica. Este tipo de intercambio ayuda a las personas involucradas en el cuidado de su salud. Les ayuda a brindarle un cuidado mejor, más rápido, más seguro y más completo. Es posible que su proveedor de cuidado médico y su plan de salud ya posean un listado de estas organizaciones a continuación.

Elija una sola opción:

- ☐ Compartir mi información a través de las organizaciones que figuran más abajo. Esta información será compartida (no será compartida) con los individuos y organizaciones que figuran en la sección 3a.
- ☐ No compartir mi información a través de las organizaciones que figuran más abajo.
- ☐ Compartir mi información a través de las organizaciones que figuran más abajo con todos mis proveedores de tratamiento pasados, actuales y futuros. Si elijo esta opción, podré solicitar un listado de proveedores que hayan visto mis registros.

**Para Uso del Proveedor de Cuidado Médico o del Plan de Salud Únicamente.**  
**Haga un listado de todos los intercambios o redes de información de salud:**

1.	2.
3.	4.
5.	6.

**SECCIÓN 4 – QUÉ INFORMACIÓN DESEA USTED COMPARTIR**

Elija una opción:

- ☐ Compartir todos mis registros de salud conductual o desorden por uso de sustancias. Esto no incluye “notas de psicoterapia y/o notas de consejería por desorden por uso de sustancias”.
- ☐ Compartir sólo los registros de tipos de salud conductual y/o desorden por uso de sustancias que figuran más arriba. Por ejemplo: por qué se me está tratando, mis medicaciones, resultados de laboratorio, etc.

**Tipos de Registros**

1.	2.
3.	4.

**La fecha de caducidad, evento, o condición para las Secciones 3 y 4:**

Esta firma es válida por un año desde la fecha en que se realizó. Puedo elegir una fecha anterior para dar por finalizado este consentimiento o hacer que finalice luego del evento o condición que figura más arriba.

Fecha, evento, o condición

**SECCIÓN 5 – SU CONSENTIMIENTO Y FIRMA**

Lea las siguientes declaraciones, luego firme y agregue la fecha del formulario.

Al firmar este formulario a continuación, entiendo que:

- Estoy dando mi consentimiento para que se compartan mis registros de salud conductual y/o desorden por uso de sustancias. Éste incluye derivaciones y servicios por desordenes por uso de alcohol o sustancias y/o también se podrá compartir otra información.
- Mis registros se podrán compartir con las personas u organizaciones como se describe más arriba.
- Otros tipos de mi información de salud se podrán compartir junto con mis registros de salud conductual y desorden por uso de sustancias. Bajo las leyes existentes, mi proveedor de cuidado médico y mi plan de salud no necesitarán mi consentimiento para compartir la mayoría de mis tipos de información de salud para tratarme, coordinar mi cuidado, o recibir pagos por mi cuidado.
- Este formulario no da mi consentimiento para compartir “notas de psicoterapia y/o notas de consejería por desorden por uso de sustancias”.
- Puedo retirar mi consentimiento para compartir mis registros de salud conductual y desorden por uso de sustancias en cualquier momento. Entiendo que cualquier registro ya compartido debido a aprobaciones anteriores no podrá ser retirado. Deberé informar a todos los individuos y organizaciones que figuran en este formulario en caso de retirar mi consentimiento.
- Leí este formulario o me fue leído en un idioma que puedo entender. Mis preguntas sobre este formulario me fueron respondidas. Puedo conservar una copia de este formulario.

Declare su relación con la persona que da el consentimiento y luego firme y agregue la fecha.

☐ Yo

☐ Padre (en imprenta)

☐ Tutor (en imprenta)

☐ Representante Autorizado (en imprenta)

Firma

→

Fecha

**SECCIÓN 6 – RETIRE SU CONSENTIMIENTO, QUIÉN YA NO PUEDE VER SU INFORMACIÓN**

Ya no quiero compartir mis registros con quienes figuran más arriba. Entiendo que cualquier información ya compartida debido a aprobaciones anteriores no podrá ser retirada.

Declare su relación con la persona que retira el consentimiento, luego firme y agregue la fecha.

☐ Yo

☐ Padre (en imprenta)

☐ Tutor (en imprenta)

☐ Representante Autorizado (en imprenta)

Firma

→

Fecha

## SECCIÓN 7 – PARA USO DEL PROVEEDOR DE CUIDADO MÉDICO O PLAN DE SALUD ÚNICAMENTE

### Retiro Verbal del Consentimiento

Nombre al individuo que solicitó el retiro a continuación, luego firme y agregue la fecha.

☐ El individuo que figura en la Sección 1.

☐ Padre (imprensa)

☐ Tutor (imprensa)

☐ Representante Autorizado (imprensa)

Nombre en imprenta de la persona que recibió el retiro verbal

Firma

→

Fecha

### Otra información para los Proveedores de Cuidado Médico y Planes de Salud

Este formulario no podrá ser usado para divulgar información a cualquier persona o agencia que brindó servicios por violencia doméstica, agresión sexual, acecho, u otros delitos. Consulte las Preguntas Frecuentes (FAQ) para proveedores y otras organizaciones en [www.michigan.gov/bhconsent](http://www.michigan.gov/bhconsent).

### Identificadores Adicionales (opcional)

Número de ID de Medicaid

Últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social

### Copia del Formulario (elijan una opción)

☐ El individuo en la Sección 1 **recibió** una copia de este formulario.

☐ El individuo en la Sección 1 **rechazó** una copia de este formulario.

El Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) no discriminará contra ningún individuo o grupo debido a su raza, origen nacional, color, sexo, discapacidad, religión, edad, altura, peso, condición familiar, consideraciones partidistas o información genética. Discriminación basada en sexo incluye, pero no se limita a, discriminación basada en orientación sexual, identidad de género, expresión de género, características sexuales, y embarazo.

**AUTORIDAD:** Este formulario es aceptable para el MDHHS en cumplimiento con 42 CFR Parte 2, PA 258 de 1974 y MCL 330.1748 y PA 368 of 1978, MCL 333.1101 et seq., y PA 129 de 2014, MCL 330.1141a.

**COMPLETAR:** Es voluntario, pero se requiere en caso de solicitar su divulgación.