

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACION SOBRE SALUD CONDUCTUAL

Michigan Department of Health and Human Services

Use este formulario para dar o negar su consentimiento para compartir información sobre:

- Servicios de salud mental y conductual. Nos referiremos a esto como “salud conductual” en todo este formulario.
- Diagnóstico, derivación, y tratamiento para desórdenes por consumo de alcohol o sustancias. Nos referiremos a esto como “desorden en el uso de sustancias en todo este formulario.

Esta información será compartida para ayuda a diagnosticar, tratar, administrar y cubrir los costos de sus necesidades de salud.

Por Qué Es Necesario Este Formulario

Cuando usted recibe cuidado médico, su proveedor de cuidado médico y su plan de salud guardan registros sobre su salud y los servicios que recibe. Esta información se convierte en parte de su registro médico. Bajo las leyes estatales y federales, su proveedor de cuidado médico y su plan de salud no necesitan su consentimiento para compartir la mayoría de los tipos de información de salud para tratar, coordinar, o recibir pagos por su cuidado. Sin embargo, es posible que si necesitan su consentimiento para compartir la información de sus registros de salud conductual o desórdenes por uso de sustancias.

Instrucciones

Para dar su consentimiento, complete las Secciones 1, 2, 3, y 4.

Para rechazar el consentimiento, complete la Sección 5.

Complete y firme el formulario, y luego entréguelo a su proveedor de cuidado médico. Ellos le pueden dar una copia.

Sección 1: Sobre Usted

| | | |
|---------------------|----------------------------|----------|
| Primer Nombre | Inicial del Segundo Nombre | Apellido |
| Fecha de Nacimiento | Fecha de la Firma | |

Sección 2: Quién Puede Ver Su Información y Cómo La Pueden Compartir

| |
|---|
| <p>A. Compartir Información Entre Individuos y Organizaciones</p> <p>Infórmenos quién puede ver y compartir sus registros de salud conductual y desórdenes por uso de sustancias. Deberá realizar un listado con los nombres específicos de los proveedores de cuidado médico, planes de salud, miembros familiares, y otras personas. Ellos sólo podrán compartir sus registros con las personas u organizaciones que figuran a continuación.</p> <p>1. _____ 2. _____</p> <p>3. _____ 4. _____</p> <p>5. _____ 6. _____</p> |
| <p>B. Compartir Información Electrónicamente</p> <p>Los intercambios de información médica o Compartimento registros ida y vuelta a través de redes. Estos tipos de intercambios ayudan a las personas involucradas en su cuidado médico. Les ayuda provee a usted un cuidado mejor, más rápido, más seguro y más completo. Es posible que su proveedor de cuidado médico y su plan de salud ya hayan hecho una lista de estas organizaciones a continuación.</p> <p>Elija sólo una opción:</p> <p><input type="checkbox"/> Compartir mi información a través de las organizaciones nombradas. Esta información será compartida con los individuos y organizaciones nombrados (as) en la Sección 2a.</p> <p><input type="checkbox"/> No compartir mi información a través de las organizaciones nombradas a continuación.</p> |

- Compartir mi información a través de las organizaciones que figuran a continuación con todos mis proveedores pasados, actuales y futuros. Si elijo esta opción, podré solicitar una lista de proveedores que han visto mis registros.

Sólo para Uso del Proveedor de Cuidado Médico o Plan de Salud. Haga un listado de todos los intercambios o redes de información médica:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |

Sección 3: Qué Información Desea Compartir

Elija una Opción:

- Compartir todos mis registros de salud conductual y desórdenes por uso de sustancias. Esto no incluye “notas sobre psicoterapia”.
- Compartir sólo registros de salud conductual y desórdenes por uso de sustancias nombrados a continuación. Por ejemplo: qué tratamiento me están realizando, mis medicamentos, resultados de laboratorio, etc.

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |

Sección 4: Su Consentimiento y Firma

Lea las siguientes declaraciones, luego firme y la feche el formulario.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- Estoy dando mi consentimiento para compartir mis registros de salud conductual y desórdenes por uso de sustancias. Esto incluye referencias y servicios por el uso del alcohol y desórdenes de sustancias, pero también se podría compartir otra información.
- No tengo que llenar este formulario. Si no lo completo, aún puedo recibir tratamiento, seguro médico o beneficios. Sin embargo, sin este formulario, es posible que mi proveedor o plan de salud no posea toda la información necesaria para tratarme.
- Mis registros detallados anteriormente en la Sección 3 serán compartidos para ayudar a diagnosticar, tratar, manejar y cubrir los costos de mis necesidades médicas.
- Mis registros podrán ser compartidos con las personas u organizaciones, como se declaró en la Sección 2.
- Otros tipos de información médica podrán ser compartidos junto con mis registros de salud conductual y desorden por uso de sustancias. Bajo las leyes existentes, es posible que mi proveedor de cuidado médico y mi plan de salud no necesiten mi consentimiento para compartir la mayoría de los tipos de información médica para tratarme, coordinar mi cuidado, o recibir pagos por mi cuidado.
- Este formulario no da mi consentimiento para compartir “notas sobre psicoterapia”.
- Yo puedo eliminar mi consentimiento para compartir registros de salud conductual y desórdenes por uso de sustancias en cualquier momento. Yo entiendo que cualquier registro ya compartido por aprobaciones pasadas no podrá ser retirado. En caso de retirar mi consentimiento, Yo le informare a todos los individuos y organizaciones nombradas en este formulario.
- He leído este formulario. O me lo han leído en un idioma que puedo entender. Mis preguntas sobre este formulario fueron respondidas. Yo puedo tener una copia de este formulario.
- Esta firma es válida por 1 año desde la fecha en que se firmó. O yo puedo elegir una fecha anterior o hacer que se finalice después del evento o continuación anotada abajo. (Por ejemplo: al final de mi tratamiento).

Fecha, evento, o condición

Declare su relación con la persona que da el consentimiento, y luego firme y agregue la fecha a continuación:

Yo

Padre (nombre en imprenta) _____

Tutor (nombre en imprenta) _____

Representante Autorizado (nombre en imprenta) _____

| | |
|------------------------------------|-------|
| Firma | Fecha |
| Firma del Testigo (si corresponde) | Fecha |

RETIRE SU CONSENTIMIENTO

Complete la Sección 5 si ya no desea compartir los registros nombrados anteriormente en la Sección 3.

Sección 5: Quién Ya No Puede Ver tu Información

Ya no deseo compartir mis registros con los nombrados en las Secciones 2a y 2b. Entiendo que cualquier información ya compartida debido a una aprobación anterior no podrá ser retirada. Declare su relación con la persona que retira el consentimiento, y luego firme y agregue la fecha.

Yo

Padre (nombre en imprenta) _____

Tutor (nombre en imprenta) _____

Representante Autorizado (nombre en imprenta) _____

| | |
|------------------------------------|-------|
| Firma | Fecha |
| Firma del Testigo (si corresponde) | Fecha |

SÓLO PARA USO DEL PROVEEDOR DE CUIDADO MÉDICO O PLAN DE SALUD

Retirada Verbal de Consentimiento

El individuo nombrado en la Sección 1 retiró su consentimiento.

Indique al individuo que solicitó el retiro más abajo, luego firme y agregue la fecha.

Individuo nombrado en la Sección 1.

Padre (nombre en imprenta) _____

Tutor (nombre en imprenta) _____

Representante Autorizado (nombre en imprenta) _____

Escriba el nombre de la Persona que Recibió el Retiro verbal

Firma

Fecha

Otra Información Para Proveedores de Cuidado Médico y Planes de Salud

Este formulario no se podrá usar para divulgar información de ninguna persona o agencia que proveído servicios por violencia doméstica, abuso sexual, acoso, u otros delitos. Consulte la sección de Preguntas Frecuentes para proveedores y otras organizaciones en www.michigan.gov/bhconsent.

Identificadores Adicionales (opcional)

Medicaid

Últimos 4 dígitos del Número del Seguro Social

Copia del Formulario (opcional, elija 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 discrimina a ningún individuo o grupo debido a su raza, religión, edad, nacionalidad, color, altura, peso, estado civil, información genética, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, creencias políticas o incapacidad.

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

COMPLETAR: Es voluntario pero requerido si se solicita divulgación.