

Sección 1. ¿Quién es la persona?

Apellido:	Nombre:	Inicial del medio
Proveedor que completa la evaluación:	Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:

Por este medio autorizo el uso o divulgación de información de salud protegida sobre la persona antes mencionada.

Yo soy:

- la persona antes mencionada (Complete la sección 8 a continuación para firmar este formulario)
- un representante personal ya que el paciente es menor de edad, incapacitado o difunto (complete la Sección 9 a continuación)

Sección 2. ¿Quién estará divulgando información sobre la persona?

La(s) siguiente(s) persona(s) o entidad puede utilizar o divulgar la información:

Todos los proveedores dentro del conjunto de atención de DuPage que utilizan el Índice de vulnerabilidad y la Herramienta de ayuda para la decisión de priorización de servicios (VI-SPDAT), evaluación previa a la selección y/o la Herramienta de ayuda para la decisión de priorización de servicios (SPDAT).

Sección 3. ¿Quién estará recibiendo la información sobre la persona?

La información se puede divulgar a:

Todos los proveedores dentro del conjunto de atención de DuPage que utilizan el Índice de vulnerabilidad y la Herramienta de ayuda para la decisión de priorización de servicios (VI-SPDAT), evaluación previa a la selección y/o la Herramienta de ayuda para la decisión de priorización de servicios (SPDAT).

Sección 4. ¿Cuál información se divulgará sobre la persona?

La información que se divulgará puede incluir expedientes sobre el abuso de drogas, alcoholismo, anemia falciforme, infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o información sobre pruebas de VIH.

La información que se divulgará, que incluye la salud del comportamiento y/o servicios de abuso de sustancias, incluye lo siguiente:

Toda la información que contenga el Índice de vulnerabilidad y La Herramienta de ayuda para la decisión de priorización de servicios evaluación previa a la selección que incluye:

Toda la información que contenga la Herramienta de ayuda para la decisión de priorización de servicios (SPDAT), que incluye:

- A. Historial de vivienda y de carencia de hogar
- B. Riesgos
- C. Socialización y funcionamiento cotidiano
- D. Bienestar
- A. Autocuidado y habilidades para la vida cotidiana
- B. Actividad diaria significativa
- C. Redes y relaciones sociales
- D. Bienestar y salud mental
- D. Bienestar y salud física
- F. Abuso de sustancias
- G. Medicamentos
- H. Gestión personal y del dinero
- I. Responsabilidad y motivación personal
- Riesgo de daño personal/daño a otros
- K. Interacción con servicios de emergencia
- L. Participación en situaciones de alto riesgo y/o explosivas
- M. Legal
- N. Historial de carencia hogar y de vivienda
- O. Gestión del alquiler

Sección 5. ¿Cuál es el objetivo de esta divulgación?

Mejorar el acceso y la alineación de servicios por medio de la evaluación de varias necesidades sociales y de salud y, después combinar aquellas valoradas con las intervenciones de vivienda más adecuadas que se encuentren disponibles. La VI-SPDAT y la SPDAT son herramientas para ayudar a guiar a quienes se evalúa a los servicios adecuados, ayudar con el proceso de planificación de casos y darle seguimiento a los cambios a lo largo del tiempo para estos clientes que refieren a un equipo de manejo de casos como resultado de su calificación de SPDAT.

Sección 6. ¿Cuál es la fecha o evento de expiración?

Esta autorización expira 3 años a partir de la fecha en que se firmó este documento en la Sección 8 o en la Sección 9 a continuación. La expiración de esta autorización no aplica para la información que ya se ha utilizado o divulgado ya que esta información se puede continuar utilizando o divulgando después de que expire la autorización.

Sección 7. Derechos importantes y otras declaraciones obligatorias que debe conocer

- ❖ Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento escribiéndole al HMS de los Servicios para la Comunidad del Condado de DuPage, 421 N. County Farm Rd, Wheaton, IL, 60187. Si revoca esta autorización no aplica para la información que ya se ha utilizado o divulgado.
- ❖ El destinatario puede volver a divulgar la información divulgada con base en esta autorización y podría dejar de estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales. No todas las persona o entidades deben seguir estas leyes.
- ❖ Si se rechaza o revoca la autorización, continuará recibiendo toda la atención médica y los beneficios para los que es elegible. No es necesario que firme este formulario para poder inscribirse, ser elegible, obtener pagos o tratamientos para servicios y estos no se pueden condicionar a la firma de esta autorización.
- ❖ La divulgación no autorizada de la información de salud mental quebranta lo estipulado en la Ley de confidencialidad y discapacidades de salud mental y del desarrollo. Las divulgaciones solamente se pueden hacer de conformidad con una autorización válida del cliente tal y como se estipula en la sección 5 de dicha Ley. Esta ley contempla daños civiles y sanciones penales por las infracciones.
- ❖ Esta autorización es completamente voluntaria y no tiene que estar de acuerdo en autorizar ningún uso o divulgación.
- ❖ Usted tiene derecho a una copia de esta autorización una vez que la ha firmado. Conserve una copia de sus expedientes, o puede pedirnos una copia en cualquier momento escribiéndole al HMS de los Servicios para la Comunidad del Condado de DuPage, 421 N. County Farm Rd, Wheaton, IL, 60187.
- ❖ Nosotros le podemos ayudar si tiene alguna pregunta sobre algo en este formulario o cómo llenarlo. Llame al HMIS del Servicios para la Comunidad del Condado de DuPage al 630-407-6397.

Sección 8. Firma de la persona

Firma _____ Fecha (obligatorio) _____

Sección 9. Firma del representante persona (si procede)

Firma _____ Fecha (obligatorio) _____

Describa su relación con la persona y/o su autoridad legal para actuar en representación de la persona para tomar decisiones relacionadas con la atención de la salud. Se le puede solicitar que nos proporcione documentación legal pertinente donde se le otorga esta autoridad.

Relación con la persona (obligatorio): _____

NOTIFICACIÓN PARA EL RECEPTOR DE LA INFORMACIÓN

Esta información se le ha divulgado a usted a partir de expedientes cuya confidencialidad podría estar protegida por las leyes federales y/o estatales. Si los expedientes están protegidos bajo las regulaciones federales en los expedientes del paciente de abuso de drogas y alcohol

(42 CFR Parte 2), usted tiene prohibido hacer más divulgaciones de esta información a menos que se permita de forma expresa en un consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece, o según lo permita el 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este objetivo.

Los reglamentos federales restringen cualquier uso de la información para una investigación o procesamiento criminal de cualquier paciente con abuso de drogas o alcohol.