



**Consentimiento y autorización interinstitucional
del gobierno del condado de Oakland para
divulgar información de salud protegida**

1. **Concedo permiso a** (seleccione uno o más):

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ División de familia del Tribunal del Circuito | ☐ DHHS/Children's Village | ☐ Examinador médico |
| ☐ Correccional de la comunidad | ☒ DHHS/División de salud | ☐ Empleo y capacitación |
| ☐ Salud Mental Comunitaria | | ☐ Departamento de Servicios Humanos de Oakland |
| ☐ Oficina del alguacil | ☒ Otra (especifique) <u>Servicios de atención pediátrica especial</u> | |

Para divulgar información sobre:
Nombre de la persona: _____

Fecha de nacimiento o
número de seguro social: _____

2. **Esta información puede ser compartida con los siguientes** (marque uno o más):

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ División de familia del Tribunal del Circuito | ☐ DHHS/Children's Village | ☐ Examinador médico |
| ☐ Correccional de la comunidad | ☐ DHHS/División de salud | ☐ Empleo y capacitación |
| ☐ Salud Mental Comunitaria | | ☐ Departamento de Servicios Humanos de Oakland |
| ☐ Oficina del alguacil | ☒ Otra (especifique) <u>Cualquier organización o individuo (es decir, un padre/madre)</u>
que ayude a proporcionar y/o coordinar los servicios. | |
- Nombre: _____

3. **Información que puede divulgarse:** Información necesaria para proporcionar/coordinar servicios

- ☐ Doy permiso para recibir información a través de mensajes de texto.

Firma: _____ Teléfono móvil: _____

4. **Motivo por el que puede divulgarse la información:**

- ☒ Para ayudar a coordinar y/o proporcionar los servicios
- ☐ Otro (especifique) _____

5. **Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.**

6. **Entiendo que puedo retirar este consentimiento** mediante notificación escrita al jefe de la agencia en cualquier momento antes de divulgarla. También entiendo que la divulgación de la información de salud protegida anterior puede ser divulgada nuevamente por el receptor, y, por tanto, puede dejar de estar protegida. Además entiendo que la nueva divulgación de información relacionada con el consumo de sustancias por parte del receptor está prohibida a menos que sea autorizada por 42 CFR, Parte 2.

7. **A menos que se retire por escrito, este consentimiento vence en la siguiente fecha:**

- A. Fecha: Cuando el cliente ya no se encuentre inscripto en los Servicios de atención pediátrica especial
- B. Evento: _____
- C. Condición: _____

***NOTA: La información relacionada con el SIDA (es decir, VIH, ARC, SIDA) y/o notas de fisioterapia no deberían divulgarse a menos que se enumeren específicamente en el punto 2 anterior.**

X _____
Firma del cliente/padre/madre/tutor (relación)

X _____
Fecha

X _____
Firma del testigo

X _____
Fecha

☐ **Reconocimiento de HIPAA:** He recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad del condado de Oakland.

X _____
Firma

X _____
Fecha

Esta autorización es coherente con las normas establecidas en el 42 CFR, Parte 2; 45 CFR, Partes 160 y 164; y la Ley de Michigan. Ninguna agencia del condado de Oakland puede divulgar información de salud protegida sin tener en su posesión una autorización válida por escrito vigente o según lo dispone la ley.