GABINETE PARA SERVICIOS DE SALUD Y DE LA FAMILIA

ESTADO DE KENTUCKY

PROTECCIÓN Y PERMANENCIA

AUTORIZACIÓN PARA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)
Se debe llenar este formulario para autorizar la revelación de información de salud protegida

POR ESTE MEDIO AUTORIZO A PROTECCIÓN Y PERMANENCIA EN EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS BASADOS EN LA COMUNIDAD DEL GABINETE PARA SERVICIOS DE SALUD Y DE LA FAMILIA A REVELAR Y USAR LA INFORMACIÓN ABAJO ESPECIFICADA:

Individuo que Requiere los Registros: Nombre (Escribir claramente)	Dirección
Ciudad, Estado, Código Postal	
Número de Teléfono (Hogar)	(Trabajo)
Por Favor Enviar los Registros A: Nombre (Escribir claramente)	Dirección
Ciudad, Estado, Código Postal	
Número de Teléfono (Hogar)	(Trabajo)

El nombre del individuo cuya información usted autoriza su revelación:

Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Número de Registro del Caso (si se sabe)	Condado donde se mantiene el Registro del Caso

El propósito de esta revelación es:
(Nota: Debe llenar, No Deje en Blanco)

La Información de Salud Protegida (Protected Health Information - PHI) específica a ser revelada es:
☐ Historial médico ☐ Inmunizaciones ☐ Información de tratamiento ☐ Información de desarrollo ☐ Registro de elegibilidad de beneficios
☐ Historial de pago ☐ Información de reclamación de Medicaid ☐ Información de servicios de protección a menores (proveer orden de custodia del Tribunal u orden del Tribunal) ☐ Información de tutela (proveer orden de custodia del Tribunal u orden del Tribunal)
☐ Información de servicios de protección a adultos (proveer orden de custodia del Tribunal, orden del Tribunal o Certificado de Nacimiento)
☐ Otra_____
NOTA: La revelación de notas de psicoterapia deberá ser autorizada con el formulario CHFS-305A, Autorización para revelación de información de psicoterapia.

Por favor lea detenidamente

- Llenar este formulario dentro de diez (10) días y enviarlo por correo al **Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia, Departamento de Servicios Basados en la Comunidad, Sección de Administración de Registros, 275 East Main St., E-G, Frankfort, Kentucky, 40621**
- Entiendo que esta autorización se vencerá en noventa (90) días.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, sin embargo debo hacerlo **por escrito.** Además entiendo que las acciones tomadas en base a esta autorización antes de la revocación **no** serán afectadas.
- Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que autorizar el uso/revelación del PHI es voluntario. No necesito firmar esta autorización para asegurar servicio. Puedo solicitar una inspección o recibir una copia de la información que será revelada o usada, como es provisto en 45 CFR 164.524. también entiendo que cualquier revelación del PHI lleva consigo el potencial de una revelación sin autorización y la información no será cubierta por las reglas de confidencialidad federal. Si tengo cualquier pregunta sobre la revelación de PHI puedo contactar a la Oficina del Defensor del Pueblo (Ombudsman) al (502) 564-5497 o a la dirección que aparece arriba.
- Entiendo que la información podría estar sujeto a otra revelación y que ya no estará protegida.
- La siguiente declaración aplica a cualquier información del tratamiento del abuso de alcohol y/o drogas que revelemos. Esta información ha sido revelada a usted de los archivos cuya confidencialidad es protegida por la ley federal. Las regulaciones federales, 42 CFR Parte 2, prohíben que usted muestre esta información sin la autorización por escrito de la persona a quien pertiene, o como de otra forma es especificado en dicha regulación. Una autorización general para revelación **no** es suficiente para este propósito.

Mi firma a continuación hace constar que he leído, entiendo y autorizo la revelación de mi Información de Salud Protegida (PHI)

Firma _____ Fecha_____

ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR COMPLETO