



SERVICIO DE CONSULTA JUVENIL, INC.

284 Broadway, Newark, NJ 07104

Tel.: (973) 482-8411

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA/DE SALUD

1) Autorización. Esto servirá como autorización para el SERVICIO DE CONSULTA JUVENIL, INC. ("YCS") para proporcionar/divulgar la información y los registros identificados en la Sección 2 con respecto a lo siguiente:

(Nombre del cliente)

(Fecha de nacimiento del cliente)

a: _____

(nombre o título de la persona u organización a quien se debe divulgar)

(dirección, ciudad, estado, código postal, número de teléfono y fax de la persona u organización a quien se debe divulgar)

El que suscribe entiende que esta Autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Mi negativa a firmar no afectará la capacidad del Cliente para obtener tratamiento de YCS, excepto en las circunstancias limitadas proporcionadas en las Secciones 4 o 5 a continuación.

2) Información y registros que se proporcionarán/divulgarán . El que suscribe autoriza a YCS a divulgar, obtener o discutir con la persona/entidad mencionada anteriormente:

Inicial		Inicial		Inicial	
	Evaluación de admisión		Hallazgo de laboratorio		Plan de tratamiento/servicio
	Correspondencia		Información legal		Otro (especificar):
	Diagnóstico		Información médica		
	Resumen de alta		Lista de medicamentos		
	Información educativa		Evaluación psiquiátrica		
	Información financiera		Evaluación psicológica		

Autorizo específicamente a YCS a divulgar información y registros relacionados con (*indique su autorización firmando en los espacios provistos*):

_____ Abuso de drogas y alcohol/tratamiento/evaluación

_____ Información/tratamiento relacionado con el VIH, sida o las enfermedades de transmisión sexual

(Entiendo que si **no** quiero que se divulgue alguna de estas dos categorías de información/registros, puedo limitar la autorización de YCS para divulgar dicha información al **no escribir mis iniciales** en los espacios provistos).

Aviso al destinatario autorizado de la información/ los registros: La información se le ha revelado a usted a partir de registros confidenciales que están protegidos por las leyes federales y estatales. Esta información está destinada únicamente para el uso limitado establecido por el Cliente o su Padre/Tutor en esta autorización por escrito. Se le prohíbe divulgar, copiar o distribuir dicha información a cualquier persona que no sean los destinatarios autorizados sin obtener primero la autorización por escrito del Cliente o su Padre/Tutor, o según lo autorice la ley. Después de que se haya cumplido la necesidad para la cual se busca esta información, la información se devolverá a YCS o se destruirá. Las regulaciones federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

Si hay otros registros/información que específicamente **no** quiero que se divulguen, debería identificarlos en el siguiente espacio:

(Si no hay ninguno, escriba "ninguno")

Entiendo que YCS limitará las divulgaciones que hace de la información/registros de salud mental del Cliente a la información/registros de salud mental que YCS creó, pero indicará las fuentes de información eliminada según lo contemplado por las regulaciones del Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey .

En la medida máxima permitida por la ley aplicable, acepto eximir a YCS y sus empleados y agentes de toda responsabilidad que pueda surgir de la divulgación de la información y los registros solicitados aquí.

3) Propósito/Usos de la información solicitada. La información y los registros solicitados se utilizarán para los propios fines del Cliente o, si no, se utilizarán para otro propósito establecido en el espacio a continuación (si es para los propios fines del Cliente, escriba "A solicitud del Cliente"):

4) Solicitudes relacionadas con la investigación. Si el propósito de esta Autorización es el uso o divulgación de información de salud para un estudio de investigación realizado por o en el que YCS participa y me niego a firmar esta Autorización, entonces el Cliente no podrá participar en el estudio de investigación y YCS se reserva el derecho de negar el tratamiento asociado con dicho estudio de investigación, pero este rechazo no afectará ningún otro tratamiento ni atención médica para el Cliente.

5) Ciertas solicitudes de Terceros. Si YCS solicita esta Autorización para divulgar información de salud que se crearía u obtendría en relación con la solicitud de una evaluación o examen de un tercero, como una solicitud de un asegurador de vida, y el acuerdo de ese tercero para pagar dicha evaluación/examen está condicionado a la divulgación de dicha información, y me niego a firmar esta autorización, entiendo que YCS puede rechazar dicha evaluación o examen a menos y hasta que los servicios se paguen en su totalidad.

6) Fines de marketing. Si YCS solicita esta autorización para que pueda usar información de salud en relación con actividades de marketing, YCS debe indicar si está recibiendo compensación o algo de valor por su divulgación de la información de salud. A menos que se indique lo contrario a continuación, YCS no recibe nada de valor por su divulgación de información de salud en relación con actividades de marketing.

_____ YCS **sí está** recibiendo algo de valor por su divulgación de información de salud en relación con las actividades de marketing.

7) Derecho del Cliente a una copia de la autorización e información divulgada. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización de YCS. Además, de acuerdo con las regulaciones del Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey, el Cliente u otra persona que autorice la divulgación de registros de salud mental tiene el derecho de inspeccionar el material que se divulgará, a menos que el médico tratante del Cliente certifique al Presidente o Vicepresidente Ejecutivo de YCS que la divulgación de los registros clínicos de salud mental del Cliente al Cliente mismo sería razonablemente perjudicial para el tratamiento o la salud del Cliente; una denegación de acceso a los registros de salud mental por este motivo se limitará sólo en la medida necesaria para proteger al Cliente.

8) Derecho a revocar la autorización. Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento al notificar a YCS por escrito a la dirección indicada en la parte superior de esta página (enviada a la atención del Vicepresidente Ejecutivo/COO de YCS). Entiendo que si YCS ya ha divulgado información o ha actuado de otra manera en función de esta Autorización, cualquier revocación posterior no afectará la validez de la divulgación previa de YCS u otra acción previa que ya se haya tomado sobre la base de esta Autorización. También entiendo que si esta Autorización se proporcionó con el fin de obtener cobertura de seguro, mi revocación podría dar lugar al derecho del Asegurador a impugnar un reclamo o impugnar la validez de cualquier seguro emitido en virtud de la Autorización.

9) Vencimiento de la autorización. Si no lo revoco antes, entiendo que esta Autorización se vencerá el

(identifique la fecha de vencimiento o evento que desencadenará el vencimiento de esta Autorización)

Si el que suscribe no especifica una fecha de vencimiento o un evento que desencadena la caducidad en el espacio anterior, entiendo que esta Autorización se vencerá cuatro (4) meses a partir de la fecha de ejecución de la firma del que suscribe.

He leído y entiendo los términos de esta Autorización y por la presente autorizo de forma consciente y voluntaria a YCS a divulgar la información y los registros médicos y de salud del Cliente de la manera descrita anteriormente. Además, se me ha proporcionado una copia de esta Autorización.

Nombre en imprenta del Cliente

Firma del Cliente si: (a) el Cliente tiene 18 años o más; (b) el Cliente es un menor de 14 años o más y está participando voluntariamente en un programa residencial de YCS; o (c) el Cliente es un menor quien de otra manera cumple con las circunstancias descritas en la nota 1 a pie de página¹

Con fecha de: _____

Si el Cliente es menor de edad (una persona menor de 18 años) y no reúne los requisitos para firmar esta Autorización por su cuenta en las circunstancias descritas en el pie de página 1 a continuación, el Representante Legal del Cliente debe firmar esta Autorización:

Nombre en imprenta del Representante Legal

Firma del Representante Legal

Con fecha de: _____

Relación en imprenta del Representante Legal con el Cliente y autoridad para actuar en nombre del Cliente

¹ Si el Cliente es un menor (es decir, una persona menor de 18 años), entonces sus padres, familiares o tutores legales deben firmar esta Autorización en nombre del menor, sujeto a las siguientes excepciones donde un menor puede firmar la Autorización por su cuenta:

- La menor está embarazada. • El menor está casado. • El menor está emancipado (según lo determine un tribunal).
- El menor está siendo tratado por abuso de drogas o alcohol. • El menor tiene 13 años o más y está siendo tratado por una enfermedad de transmisión sexual. • El menor tiene 13 años o más y está siendo tratado por sida o VIH. • El menor tiene 14 años o más y participa voluntariamente en un tratamiento residencial para servicios de salud mental de un proveedor con licencia del Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey. • El menor tiene 16 años o más y participa en servicios temporales de atención de salud conductual para pacientes ambulatorios por problemas de salud mental/emocional de un proveedor de atención médica con licencia de Nueva Jersey o un centro de atención médica ambulatoria con licencia .