

Nombre del miembro:	Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
ID de AHCCCS:	ID de CIS:
Dirección del miembro:	

Bajo la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), un proveedor de atención médica o agencia puede usar y compartir la mayor parte de su información de salud para proporcionarle tratamiento, recibir pagos por su atención, y administrar y coordinar su atención. Sin embargo, su consentimiento es necesario para compartir ciertos tipos de información de salud. Este formulario le permite proveer consentimiento para compartir información respecto a (1) servicios y remisiones de salud conductual y mental y (2) tratamiento para trastorno de uso de alcohol o sustancias. Esta información se compartirá solamente para ayudar a diagnosticar, tratar, administrar y obtener pago para sus necesidades de salud. Usted puede consentir compartir toda esta información o solamente alguna información.

I. Quién puede divulgar y recibir su información

Autorizo a todos los programas de drogas y alcohol, agencias o proveedores de salud mental, y proveedores de atención médica que me han tratado a divulgar a **Arizona Complete Health** y a las siguientes entidades la información de salud especificada en la Sección II siguiente. Autorizo también a **Arizona Complete Health** y a las siguientes entidades a comunicarse con y divulgar unos a otros la información de salud especificada en la Sección II siguiente. El propósito de estas divulgaciones es ayudar a coordinar la atención y diagnosticar, tratar, administrar y obtener pagos por mis necesidades de salud. *(Ponga sus iniciales en las entidades aplicables):*

- ____ Todas las entidades incluidas en el **Plan Completo de Salud de Arizona Complete Health.**
- ____ Los siguientes programas de drogas y alcohol, agencias de salud mental o proveedores, y proveedores de atención médica *(Llene los nombres específicos abajo):*
 1. Nombre(s) del/de los programa(s) de drogas/alcohol: _____
 2. Nombre(s) del/de los proveedor(es) de salud mental: _____
 3. Nombre(s) del/de los proveedor(es) de atención médica: _____
 4. Nombre(s) del/de los proveedor(es) de apoyo de vivienda: _____
 5. Otro _____

II. Información a divulgarse (Marque todas las categorías aplicables):

- Toda mi información de salud conductual e información de tratamientos de alcohol y drogas.
- Toda mi información de salud conductual e información de tratamientos de alcohol y drogas excepto: *(Enumere tipos de información de salud que usted no desea que se compartan)* _____

III. Aceptación

1. **Consentimiento voluntario.** La firma de este consentimiento es voluntaria. Comprendo que no se me negarán servicios si me rehúso a firmar.
2. **Redivulgación.** El receptor de la información relacionada con el tratamiento de alcohol y drogas tiene prohibido redivulgar esta información sin mi autorización, a menos que se le permita a través de este consentimiento o bajo las leyes federales o estatales. Ver 42 CFR Parte 2. Los registros respecto a los servicios de salud mental que yo reciba están protegidos por la ley estatal.
3. **Revocación.** Tengo el derecho de revocar esta autorización, excepto hasta donde una acción ya haya sido tomada con base en esta autorización. Debo enviar cualquier revocación por escrito a:
Arizona Complete Health-Compliance, 1870 W. Rio Salado, 3A, Tempe, Arizona, 85281.
4. **Fecha de expiración.** Este consentimiento expira en la fecha que ocurra primero entre las siguientes: (1) la fecha en que yo revoque el consentimiento; (2) la fecha en la que ya no sea miembro de Cenpatico; o (3) el evento o fecha especificados abajo: _____
5. **Copia del consentimiento.** Tengo derecho a una copia de este formulario de consentimiento.

Firma (Miembro o representante autorizado*).

____ / ____ / ____
Fecha

*Si está firmado por alguien que no sea el miembro, especificar la autoridad para firmar y proveer documentación de respaldo.