

**CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD DE LA
CONDUCTA CON FINES DE COORDINACIÓN DE LOS CUIDADOS**

Michigan Department of Health and Human Services
(Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan)

Los proveedores o agencias que reciben financiamiento por virtud de la Violence Against Women Act (Ley sobre la violencia contra las mujeres), la Family Violence Prevention and Services Act (Ley de servicios y prevención de la violencia familiar), y la Victim of Crimes Act (Ley sobre víctimas del delito) no podrán usar este formulario. Este formulario deberá usarse con precaución por otros proveedores u organizaciones que prestan servicios a personas con inquietudes sensibles de seguridad y confidencialidad debido a sus previas experiencias de violencia doméstica, agresión sexual, acoso u otros delitos. Si no es adecuado el uso de este formulario, la persona o agencia que prestó los servicios deberá completar un formulario de consentimiento separado. (Consulte las Preguntas Frecuentes en www.michigan.gov/bhconsent para determinar si esta restricción aplica para usted o su agencia).

| | | | | | |
|--------|----------------------------|----------|---------------------|---------------|---|
| Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | Fecha de nacimiento | Código postal | Número de identificación de la persona (p. ej., ID de Medicaid) |
|--------|----------------------------|----------|---------------------|---------------|---|

De acuerdo con la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud, HIPAA por sus siglas en inglés) y el Michigan Mental Health Code (Código de salud mental de Michigan), un proveedor o agencia de atención médica puede usar y compartir la mayor parte de la información médica de usted para poder proporcionarle tratamiento, coordinar su atención médica o recibir el pago por la atención que reciba. Sin embargo, es necesario su consentimiento para compartir otros tipos de información médica o cuando se usa por otras razones. Puede dar permiso para compartir los siguientes tipos de información con este formulario:

- Servicios de salud de la conducta y de salud mental (para fines diferentes al tratamiento, pago o coordinación de cuidados)
- Derivaciones y tratamiento para algún trastorno por abuso del alcohol o uso de sustancias (p. ej., resultados de examen de detección de drogas, pruebas de laboratorio, historial de reclamaciones)

Esta información se compartirá para ayudar a diagnosticar, tratar, administrar y obtener el pago por sus necesidades médicas. Puede dar su consentimiento para compartir toda esta información o solo parte de la misma. (Consulte las Preguntas frecuentes en www.michigan.gov/bhconsent).

SECCIÓN 1: PARA QUIÉN Y DE QUIÉN

A. Doy mi consentimiento para permitir que las siguientes personas y/u organizaciones envíen y reciban mi información. (Favor de anotar los proveedores específicos que pueden enviar o recibir su información. Puede incluir proveedores, terceros pagadores, familiares u otras personas y organizaciones).

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

B. Doy mi consentimiento para que las siguientes organizaciones que ayudan a transmitir mi información a través del intercambio electrónico de información médica (p. ej., Health Information Exchange, Health Information Organization, Health Information Network, etc.) puedan recibir y volver a divulgar mis registros médicos.

| | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

C. Al marcar la casilla siguiente, doy mi consentimiento para permitir a las organizaciones que aparecen en la subsección B que compartan mi información con todos mis proveedores tratantes pasados, presentes y futuros, quienes son miembros de la organización de intercambio electrónico.

Todos mis proveedores tratantes pasados, presentes y futuros.

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Marque esta casilla si la persona ha retirado su consentimiento según la Sección 4. Si se marca esta casilla, la información sobre salud de la conducta y sobre trastornos por uso de sustancias no se deberá compartir con personas y organizaciones indicadas en este formulario, a menos que de acuerdo con la ley estatal y federal esté permitido compartir esta información.

SECCIÓN 2: CANTIDAD Y TIPO

Doy mi consentimiento para compartir:

Toda mi información de salud de la conducta y de trastornos por uso de sustancias.

Toda mi información de salud de la conducta y de trastornos por uso de sustancias, excepto: (A continuación, haga una lista de los tipos de información médica que no desea compartir).

Solo los siguientes registros: (A continuación, haga una lista de los tipos de información médica que desea compartir).

Entiendo que la HIPAA y el Michigan Mental Health Code permiten que los proveedores y otras agencias usen y compartan gran parte de mi información médica sin mi consentimiento, para fines de proporcionarme tratamiento, recibir el pago por la atención que recibí y coordinar mi atención médica.

SECCIÓN 3: OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE

Al firmar este formulario, comprendo lo siguiente:

- Estoy dando mi consentimiento para compartir mi información de salud de la conducta y de trastornos por uso de sustancias, como se indica en las Secciones 1 y 2. La información de salud de la conducta y de trastornos por uso de sustancias incluye, entre otros, derivaciones y servicios para trastornos por uso de alcohol y sustancias.
- Mi información podrá compartirse entre cada persona y organización que aparezca en la Sección 1.
- Mi información se compartirá para ayudar a diagnosticar, tratar, administrar y pagar por mis necesidades médicas.
- Mi consentimiento es voluntario y no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pagar por el tratamiento y obtener seguro médico o beneficios.

- Mi información médica podrá compartirse en forma electrónica.

Otros tipos de información sobre mí podrán compartirse con mi información de salud de la conducta y sobre trastornos por uso de sustancias. Entiendo que la HIPAA y el Michigan Mental Health Code permiten que mis proveedores y otras agencias usen y compartan gran parte de mi información médica sin mi consentimiento, para fines de proporcionarme tratamiento, recibir el pago por la atención que recibí y coordinar mi atención médica.

- Este formulario me permite elegir si deseo compartir mi información médica con proveedores tratantes pasados, presentes y futuros según la Subsección 1c. Si acepto compartir mi información médica de esta forma, puedo solicitar una lista de todas las personas y organizaciones que recibieron mi información médica dentro de los últimos dos años. Debo hacer esta solicitud por escrito a la(s) organización(es), según la Subsección B. Puedo pedir ayuda a mi proveedor si no estoy seguro cómo contactar a la(s) organización(es), según la Subsección B.
- El intercambio de mi información médica se apegará a las leyes y normas estatales y federales.
- Este formulario no da mi consentimiento para compartir notas de psicoterapia, como lo define la ley federal.
- Puedo retirar o revocar mi consentimiento en cualquier momento. Entiendo que cualquier información compartida previamente o que se relacione con mi consentimiento no podrá recuperarse.
- Cuando retire mi consentimiento, deberé avisar a todas las personas y organizaciones indicadas en este formulario.
- Puedo tener una copia de este formulario.
- Mi consentimiento expirará en la siguiente fecha, evento o condición, a menos que retire mi consentimiento. (Si este campo se deja en blanco, el consentimiento vencerá 1 año después de la fecha de la firma).

Fecha, evento o condición de vencimiento:

He leído este formulario o he pedido que se me lea en un idioma que puedo entender. Todas mis preguntas acerca de este formulario fueron respondidas.

| | |
|--|-------|
| Firma de la persona que da su consentimiento o de su representante | Fecha |
|--|-------|

Parentesco con la persona

| | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Misma persona | <input type="checkbox"/> Padre/Madre | <input type="checkbox"/> Tutor legal | <input type="checkbox"/> Representante autorizado |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|---|

SECCIÓN 4: RETIRO DEL CONSENTIMIENTO

Esta sección solo deberá ser completada si usted está retirando su consentimiento para compartir su información médica. Entiendo que cualquier información compartida o que se relacione con mi consentimiento no podrá recuperarse.

Retiro mi consentimiento para compartir mi información médica.

| | |
|--|-------|
| Firma de la persona que da su consentimiento o de su representante legal | Fecha |
|--|-------|

Parentesco con la persona

Misma persona

Padre/Madre

Tutor legal

Representante autorizado

RETIRO DEL CONSENTIMIENTO EN FORMA VERBAL:

Este consentimiento se retiró en forma verbal.

Firma de la persona que da su consentimiento o de su representante

Fecha

Se proporcionó copia a la persona interesada

La persona interesada rechazó la copia

AUTORIDAD:

Este formulario se acepta ante el Michigan Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan), conforme a las normas de privacidad de HIPAA, 45 CFR Partes 160 y 164 según se modificaron el 14 de agosto de 2002, 42 CFR Parte 2, PA 258 de 1974 y MCL 330.1748 y PA 368 de 1978, MCL 333.1101 et seq. y PA 129 de 2014, MCL 330.1141a.

EJECUCIÓN:

Es voluntaria, pero obligatoria si se solicita la divulgación.

El Michigan Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan) no discrimina contra ninguna persona o grupo debido a su raza, religión, edad, origen nacional, color, estatura, peso, estado civil, información genética, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, ideologías políticas o discapacidad.