

Telehealth Counseling Clinic
4225 TAMU, College Station, TX 77843-4225
Tel: (979) 458-9990 Fax: (979) 458-8445

El formulario de divulgación de confidencialidad

Yo, _____, con la fecha de nacimiento, _____, autorizo a la Telesalud Clínica de Consejería (TCC) a intercambiar información de mis registros de salud con la siguiente agencia o individuo.

(marque una de las siguientes opciones):

- [1] _____ Yo mismo (solicitando una copia de mis registros)
- [2] _____ Miembro de la familia, amigo o cuidador
- [3] _____ Médico o proveedor de atención médica
- [4] _____ Proveedor de seguro de salud
- [5] _____ Empleador
- [6] _____ Oficina de servicios para discapacitados
- [7] _____ Otro: _____
(relación con el cliente)

Información de contacto de la agencia / persona especificada anteriormente:

- [8] _____ (nombre)
- [9] _____ (dirección)
- [10] _____
- [11] _____ (tel/fax)
- [12] _____

Mi información de salud se intercambiará para el siguiente propósito (*por ejemplo: coordinación de la atención, documentación de los servicios recibidos*):

[13] _____

Yo entiendo que puedo autorizar selectivamente la divulgación de algunos de mis registros de salud y mantener otras partes confidenciales. Las restricciones sobre el alcance de esta autorización se detallan a continuación. Si esta sección se deja en blanco, autorizo la divulgación de cualquier parte de mis registros de salud a la agencia / persona especificada anteriormente según lo considere necesario la Telesalud Clínica de Consejería.

[14] _____

Al firmar abajo,

- Entiendo y acepto que esta autorización será válida y estará vigente hasta un año después del final de mi tratamiento en la Telesalud Clínica de Consejería, a menos que se especifique lo contrario por escrito. Entiendo que después de esa fecha, no se podrá usar ni divulgar más esta información a la agencia / individuo especificado a menos que firme una nueva autorización como esta.
- Entiendo que puedo revocar o cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una carta a la Telesalud Clínica de Consejería. Si hago esto, evitaré cualquier divulgación después de la fecha en que se reciba mi carta, pero no puede cambiar el hecho de que parte de la información se haya divulgado antes de esa fecha.
- Entiendo que no tengo que firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento de la Telesalud Clínica de Consejería.
- Entiendo que puedo inspeccionar y tener una copia de la información de salud descrita en esta autorización. Puede haber una tarifa por esta copia u otros servicios.
- Entiendo que, si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, la información divulgada puede volver a divulgarse y ya no está protegida por esas reglamentaciones.
- Afirmo que todo en esta forma que no estaba claro para mí ha sido explicado y creo que ahora entiendo todo.

Firma del cliente o representante

Fecha

Nombre impreso del cliente o representante

Relación con el cliente

Para el uso del personal

He discutido los problemas anteriores con el cliente o el representante personal del cliente. Mis observaciones no me dan ninguna razón para creer que el cliente no es completamente competente para dar su consentimiento informado y dispuesto.

Firma del personal o aprendiz de TCC

Fecha

Nombre impreso del personal o aprendiz de TCC