Consentimiento para el intercambio de información confidencial

Lea primero: Antes de decidir si desea o no que Tulsa CARES compartir o solicitar algunos de sus datos confidenciales con otra agencia o persona, su coordinador de atención discutirá con usted todos tus alternativas y cualquier potenciales riesgos y beneficios que pudieran resultar de compartir su información confidencial. Si decides que quieres Tulsa CARES para liberar o solicitar algunos de su información confidencial. Si decides que quieres Tulsa CARES liberar o solicitud alguna de su información confidencial, puede utilizar este formulario para elegir qué es compartido, cómo se comparte, con quién y por cuánto tiempo.

Entiendo que Tulsa CARES tiene la obligación de mantener confidencial mi información personal, información de identificación y mis registros confidenciales. También entiendo que puedo elegir permitir Tulsa CARES liberar o solicitar algunos de mis datos personales a ciertos individuos o agencias. **Yo, _____, autorizo a Tulsa CARES para liberar o solicitar la siguiente información a/desde:**

Nombre del cliente / fecha de nacimiento:

Quien puede tener mi información personal:	Nombre: Authorized Personnel, Sunshine Schillings, Director of Programs Dirección:6608 N. Western, Suite 219 Oklahoma City, Oklahoma 73112 Correo Electrónico: sunshineschilings@sbcglobal.net Número de Teléfono: 405-408-4013 Número de Fax: 405-348-6603

La información puede ser compartida: ☐ en persona ☐ por teléfono ☐ por fax ☐ por correo ☐ por correo electrónico
☐ *Entiendo que ese correo electrónico (e-mail) no es confidencial y puede ser interceptado y leído por otras personas.*

¿Qué información por mí será compartido entre Tulsa CARES y este proveedor:	☐ Prueba de VIH ☐ Registros médicos, incluidos los informes de laboratorio de CD4 y carga Viral ☐ Financiera o documentación de ingresos ☐ Administración de casos notas / historia de servicio ☐ Registros de salud mental ☐ Otro: _____
¿Por qué quiero mi información compartida: (propósito)	☐ En curso para servicios continuos (válidos para no más de 365 días *) ☐ Una sola vez sólo para un único propósito (válido para no más de 90 días *) Especificar una sola vez único propósito:_____

Nota: Hay un riesgo de que un lanzamiento limitado de información potencialmente puede abrir acceso por otros a toda su información confidencial de Tulsa CARES.

Entiendo:

☐ Que no tengo que firmar este formulario. No tengo que permitir Tulsa CARES compartir mi información. Firmar un formulario de liberación es totalmente voluntario. Esta versión está limitada a lo que escribo por encima. Si me gustaría que Tulsa CARES a divulgar información sobre mí en el futuro que es diferente de lo que se autorizado aquí, necesito firmar otro escrito, tiempo limitado lanzamiento..

☐ Que liberar información sobre mí podría dar otra información de la agencia o persona que confirmaría he estado recibiendo servicios de Tulsa CARES. Autorizado para publicación puede incluir información de registros que pueden indicar la presencia de una enfermedad transmisible o no transmisible.

☐ Que Tulsa CARES y yo no seamos capaces de controlar lo que pasa con mi información una vez que ha sido lanzado a la persona o agencia, y que la agencia o persona que recibe la información puede ser requerido por ley o práctica para compartirlo con otros.

☐ La confidencialidad de los registros de abuso de drogas y alcohol está protegida por la ley federal. Regulación federal (42 C.F.R. parte 2) prohíbe la agencia mencionada de hacer cualquier otra divulgación de expedientes sin el específico consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece, o según lo permitido por los reglamentos. Una autorización general para la liberación de información médica u otra información no es suficiente para este propósito. También entiendo que ley del estado de Oklahoma (76 O.S.Supp.1986.Section 19) afirma que los registros psicológicos o psiquiátricos pueden ser proporcionados a un paciente sólo si el tratamiento médico o un profesional consiente a la liberación o a la recepción de una orden judicial dictada por un tribunal de jurisdicción competente.

Expiración debe satisfacer las necesidades del cliente, que normalmente oscila entre 90 días a 365 días. Autorización no puede exceder de 365 días.

Esta versión caduca el: _____ _____
Fecha Hora

Me gustaría una copia de esta firma consentimiento. ☐ Si ☐ No

Entiendo que esta versión es válida cuando firmo y que puedo retirar mi consentimiento a este comunicado en cualquier momento ya sea verbalmente o por escrito.

Fecha:_____

Firma:_____ **Hora:_____** **Testigo:_____**