

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR E INTERCAMBIAR INFORMACIÓN Y ACUERDO DE INTERCAMBIO DE DATOS

Yo, _____, reconozco que _____ (en adelante, la Agencia designada) forma parte de un grupo cooperativo de organizaciones que proporcionan servicios de tratamiento de salud conductual o autorizan servicios de tratamiento financiados por el estado. La Agencia designada me ha proporcionado una lista de todos los proveedores actuales de tratamiento de salud conductual financiados por Broward Behavioral Health Coalition (BBHC). Esta información se divulgará con el propósito de realizar derivaciones para atención de salud conductual, la prestación de atención y el reembolso de los servicios brindados en mi nombre.

Acepto permitir que todos los miembros de la red de proveedores de BBHC y Carisk Partners ("Carisk") intercambien entre ellos la siguiente información: mi nombre completo, fecha de nacimiento, número de seguridad social, género, raza/etnia, lugar de admisión, administrador de caso y sitio de tratamiento.

Además, acepto permitir el intercambio de cualquier información recopilada durante el proceso de evaluación, que puede incluir, entre otros datos, información sobre mi estado de VIH, los registros médicos correspondientes y el historial de prestación de servicios, incluida la información protegida bajo la Parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CRF), entre la Agencia designada, BBHC, Carisk y las agencias que participan en la red de proveedores, a menos que usted elija específicamente no autorizar la divulgación a una agencia en particular. El consentimiento se otorga a todas las agencias mediante este Consentimiento de divulgación.

También entiendo que la capacidad del proveedor de la red para evaluar y acceder al tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para otorgar beneficios depende de mi firma de este formulario. La negativa a firmar este consentimiento no impedirá recibir servicios en un proveedor miembro, pero puede limitar la derivación o el acceso a otra agencia.

Entiendo plenamente las disposiciones de este Consentimiento de divulgación, mis derechos a la confidencialidad de mis registros y, también, comprendo que no se divulgará ninguna otra información relacionada con mi programa de tratamiento, mi paradero o cualquier otro aspecto sin mi consentimiento expreso y escrito. Si el destinatario es una entidad cubierta o un asociado comercial, los registros de la persona atendida (o la información contenida en los registros) puede volver a divulgarse de acuerdo con los permisos establecidos en las regulaciones de la HIPAA, salvo para los usos y divulgaciones en procedimientos civiles, penales, administrativos y legislativos contra la persona atendida.

Este Consentimiento de divulgación puede revocarse en cualquier momento si se firma la línea de revocación a continuación, o se informa a la agencia que conserva este formulario original, excepto en la medida en que se haya tomado alguna acción que dependa dicho consentimiento (cualquier información ya divulgada no puede revocarse). Este Consentimiento de divulgación vence a los doce (12) meses a partir de la fecha de firma que figura abajo. Entiendo que cualquier entidad que reciba información como resultado de esta divulgación está obligada por la siguiente declaración y que este Consentimiento de divulgación pasará a formar parte de mis registros.

RECONOCIMIENTO DE LA INFORMACIÓN REQUERIDA

Se me ha informado por parte de _____ que se podrá solicitar lo siguiente para la admisión en cualquiera de las agencias que participan en la red de proveedores (las agencias de la red de proveedores se enumeran en el Anexo I): autorizaciones de desintoxicación, autorizaciones médicas, medicamentos recetados, autorizaciones o evaluaciones psiquiátricas.

Esta información o los requisitos relacionados con medicamentos deben proporcionarse o gestionarse antes de la admisión en las agencias de la red de proveedores. El incumplimiento de estos requisitos retrasará el proceso de admisión.

Representante de la agencia

Fecha

Firma del cliente

Fecha

Padre, madre, tutor o representante autorizado

Fecha

Deseo revocar esta autorización para divulgar información y entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario.

Firma del cliente

Fecha

Proveedores de la red de salud conductual de Broward:	
Archways	Gulf Coast Jewish Family and Community Services
Banyan Health Systems	Harmony Development Center
Broward County-Addiction Recovery Center	Healthy Mothers, Healthy Babies Coalition of Broward County, Inc.
Broward County-Office of Justice Services	Henderson Behavioral Health
Broward Health	Home United Ministries
Broward House	House of Hope
Broward Housing Solutions	Imperial Point
Broward Partnership for the Homeless	Kids in Distress
Oficina del Sheriff del Condado de Broward	Mental Health America of Southeast Florida
Camelot Community Care	NAMI of Broward County
Care Resource	Our Children Our Future
Carrfour	South Florida Wellness Network, Inc.
Children's Harbor, Inc.	Memorial Healthcare System
Chrysalis Center	Silver Impact
Citrus Health Network	Smith Mental Health Associates
Covenant House of Florida	SunServe
Fellowship House	TaskForce Fore Ending Homelessness
Fellowship Recovery Community Organization, Inc.	TLC Recovery Center of South Florida LLC conocido comercialmente como Evolutions
Foot Print to Success Clubhouse	The Village South- Westcare
Fort Lauderdale Hospital	United Way del Condado de Broward
Goodman Jewish Family Services of Broward County	
Proveedores asociados:	
Agape Network	Florida State Hospital
Boys Town South Florida, Inc	Marriage and Family Services
Broward Healthy Start Coalition	Multicultural Alliance Health Care Solutions, Inc.
Childnet	North East State Hospital
City of Ft. Lauderdale- Fire Rescue	North Florida Evaluation and Treatment Center
City of Hollywood- Fire Rescue	South Florida Evaluation and Treatment Center
CMET, LLC.	South Florida State Hospital
Dr. Tripp And Associates	Treasure Coast Treatment Facility
Eagles Haven	West Florida Community Treatment Center
FLITE Center	Wellpath
Organización del representante autorizado	

Firma del cliente o su representante personal

Fecha

Rev. 09/23/13, 09/17, 10/17, 11/18, 7/21, 11/22, 11/23, 12/23, 9/24, 9/25, 2/26