

## CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

<b>1</b>	Por este medio, yo autorizo: _____ <div style="text-align: center;"><b>Mental Health Center of Dane County, Inc.</b></div> _____ 625 West Washington Avenue, Madison, WI 53703-2677
<b>2</b>	<input type="checkbox"/> <b>A compartir información a:</b> <input type="checkbox"/> <b>A obtener información de:</b> (Marque un encasillado o los dos. Al marcar los dos, esta autorizando un intercambio de información entre las agencias/individuos listados.)  Agencia y/o individuo _____ Calle/Ciudad/Estado/Código _____
<b>3</b>	<b>De los expedientes de:</b> _____ Fecha de nacimiento _____ Nombre del cliente _____ Otros nombres utilizados _____
<b>4</b>	<b>Propósito o necesidad para compartir:</b> (indique todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Coordinación de servicios <input type="checkbox"/> Tratamiento/evaluación de salud mental y/o abuso de sustancias prohibidas <input type="checkbox"/> Manejo de crisis <input type="checkbox"/> Otros: _____
<b>5</b>	<b>Tipos de información a ser compartidos:</b> (indique todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Problemas de desarrollo <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Alcohol u otra droga <input type="checkbox"/> Servicios humanos <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____  <b>Información específica a ser compartida:</b> (indique todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Sumario de admisión <input type="checkbox"/> Notas clínicas <input type="checkbox"/> Evaluaciones y diagnósticos <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento <input type="checkbox"/> Reportes de progreso <input type="checkbox"/> Impresiones clínicas <input type="checkbox"/> Sumario de salida <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
<b>6</b>	<b>Yo entiendo que:</b> (a) Mis expedientes/registros están protegidos por regulaciones estatales y federales que gobiernan confidencialidad: • Salud Mental—Sec. 51.30, Estatutos de Wis.; & HFS 92, Código Admin. de Wis. • Abuso de Alcohol u Otra Droga—42 CFR, Parte 2; Sec. 51.30, Estatutos de Wis.; & HFS 92, Código Admin. de Wis. • Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), 45 CFR, puntos 160 & 164 (b) Recibiré una copia de esta forma y tendré el derecho de inspeccionar/recibir una copia de los materiales a ser compartidos. (c) La ley Federal de Privacidad requiere notificación que mi información de salud, una vez revelada a individuos u organizaciones no sujetas a HIPAA, deja de ser protegida por HIPAA. Sin embargo, estatutos del Estado de WI prohíben que cualquier individuo u organización que haya recibido información de mis expedientes de tratamiento de salud mental o abuso de alcohol/otra droga revele esa información sin mi consentimiento escrito, a menos que de otro modo haya sido provisto en las regulaciones. (d) No estoy requerido/a a firmar esta forma y puedo negar hacerlo. Excepto como permitido bajo la ley aplicable, el Centro de Salud Mental (MHDCDC) no me puede negar servicios por no firmar. (e) Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento dando un aviso escrito a mi proveedor (o proveedores) de servicios en el MHDCDC o al Departamento de Registros del MHDCDC, excepto hasta el punto que esa información ya halla sido revelada basado en esta forma de consentimiento.
<b>7</b>	<b>Este consentimiento</b> (a menos que revocara más temprano) <b>expira en</b> (especifique la fecha, el acontecimiento o la condición sobre cuál el vencimiento ocurre) _____

Firma de Cliente	Fecha
Firma de Otra Persona Autorizada a Consentir (donde aplicable)	Fecha
Relación al Cliente	
Firma del Testigo	Fecha