|  |  |
| --- | --- |
| Nombre legal del cliente: (Apellido, Nombre, Segundo nombre) |  |
| Nombre Preferido: |  |
| MRN: |  |
| Fecha de nacimiento: |  |

**Autorización para usar y divulgar información de salud protegida**

Entiendo que mi proveedor de atención médica está participando en un proyecto piloto llamado Rapid Engagement. Durante el proyecto, mi proveedor está probando una nueva forma para que los clientes comiencen los servicios. El objetivo de este proyecto es hacer que sea más rápido y fácil comenzar con los servicios de salud conductual. Parte de la información recopilada se compartirá con los socios del estudio para que puedan ayudar a decidir si este enfoque funciona mejor para las personas que buscan tratamiento. Los socios del estudio en el proyecto no tendrán acceso a mi nombre, número de registro médico (MRN) o cualquier tipo de notas de tratamiento sobre mí.

**Al firmar este formulario, autorizo a:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la organización del proveedor |  |
| Dirección de la organización del proveedor |  |

**Para divulgar la siguiente información confidencial específica sobre mí:**

**POR FAVOR COLOQUE INICIALES EN CADA LÍNEA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Autorizo la liberación de: | Información adicional a revelar: | | |
| \_\_\_\_\_ Trastorno por uso de sustancias  Diagnostico y tratamiento  \_\_\_\_\_ Diagnóstico de salud mental y  Tratamiento | * Género * Raza * Etnia * Edad | * Grado más alto completado * Interprete * Afiliación Tribal * Estado de embarazo | * Acuerdo de convivencia * Fecha de las citas de detección y evaluación para el tratamiento de salud mental o trastorno por consumo de sustancias |

**A estos compañeros de estudio:**

* University of Oregon, 1600 Millrace Dr., Eugene, OR 97403
* Assoc. of Oregon Community Mental Health Programs, 102 Liberty St. NE #140, Salem, OR 97301

**A fin de:**

Evaluación del programa piloto Rapid Engagement, financiado por el Acuerdo de Subvención de la Oregon Health Authority Número 173961, para mejorar el sistema de salud conductual para los habitantes de Oregon.

**FIRME AQUÍ**

|  |
| --- |
| Esta autorización entra en vigencia en la fecha a continuación y continuará hasta el final del proyecto piloto (a más tardar el 30 de junio de 2023) o hasta que yo la cancele. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento proporcionando un aviso de cancelación por escrito a los titulares de registros identificados anteriormente.  Cualquier cancelación no afectará la información que se divulgó antes de que los titulares del registro recibieran mi aviso de cancelación.  Entiendo que la información divulgada en base a esta autorización puede ser compartida por el destinatario y ya no estará protegida por las leyes federales o estatales, EXCEPTO QUE el destinatario de la información relacionada con el VIH/SIDA, la salud mental, el tratamiento de alcohol o drogas o la información de las pruebas genéticas pueda no compartirlo de nuevo sin mi autorización o según lo permita la ley federal o estatal.  Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario.  **Sé que mi proveedor no puede negarme servicios si no firmo esta autorización.**  No estoy actuando bajo presión o amenaza.  Me han ofrecido una copia de este formulario y he revisado el Aviso escrito de prácticas de privacidad de mi proveedor. |
| Firma del cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **-- O --**  Firma del representante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre impreso del representante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Relación del representante con el cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |