



Departamento de Asuntos del Veterano

SOLICITUD DE Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS O INFORMACIÓN DE SALUD

Información de Acta de Privacidad y "Paperwork Reduction Act": El completar esta forma no autoriza a que se revele otra información que no sea la que se describe abajo. La información que se pide en este formulario es solicitada bajo el título 38, U.S.C. El formulario autoriza a que se revele información de acuerdo con el "Health Insurance Portability and Accountability Act", 45 CFR Parts 160 and 164, 5 U.S.C. 552a, and 38 U.S.C. 5701 and 7332" que se especifica. Revelar la información solicitada en este formulario es voluntario. Sin embargo, si la información incluyendo el Número de Seguro Social (NSS) (el NSS se utiliza para localizar los expedientes para la divulgación) no se ofrece de forma completa y correcta, el Departamento de Asuntos de Veteranos no va a poder cumplir con la solicitud. La Administración de Veteranos no puede condicionar tratamiento, pago, registro o elegibilidad a que se firme la autorización. VA puede divulgar la información que usted incluya en el cuestionario según permitido por Ley. VA puede llevar a cabo una divulgación de "uso rutinario" de la de información según delineado en la notificación de sistemas de expedientes identificada como 24VA19 del Acta de Privacidad "Expediente Médico de Paciente -VA" y de acuerdo con las Prácticas de Notificación de Privacidad de VHA. Usted no tiene que proveerle la información a VA, pero si no lo hace, VA no podrá procesar su petición y servir sus necesidades médicas. El no proveer la información no tendrá efecto sobre cualquier otro beneficio al que tenga derecho. Si usted provee a VA su Número de Seguro Social, VA lo utilizará para administrar sus beneficios de VA. VA puede además utilizar esta información para identificar veteranos y personas solicitando beneficios de VA, sus expedientes y para otros propósitos autorizados o permitidos por la Ley. El "Paperwork Reduction Act" de 1995, nos requiere notificarles que la recopilación de esta información está de acuerdo con los requisitos de clarificación de la sección 3507 del "Paperwork Reduction Act" del 1995. No podemos llevar a cabo o auspiciar, y a usted no se le requiere responder alguna recopilación de información a menos que muestre un número de OMB válido. Anticipamos que el tiempo invertido en completar este cuestionario sea en promedio 2 minutos. Esto incluye el tiempo que le lleve leer las instrucciones, reunir los datos necesarios y llenar el formulario.

ANOTE ABAJO EL NOMBRE Y SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE SI NO SE ESTÁ USANDO UN IMPRESO DE LA TARJETA DE DATOS DEL PACIENTE

PARA: DEPARTAMENTO DE ASUNTOS DEL VETERANO (anote el nombre y dirección de la facilidad de cuidado de salud)	NOMBRE DEL PACIENTE (Apellido, Nombre, Inicial)
	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN, INDIVIDUO O TÍTULO DEL INDIVIDUO A QUIEN LA INFORMACIÓN SE VA A DIVULGAR

SOLICITUD DEL VETERANO: Yo solicito y autorizo al Departamento de Asuntos de Veteranos a divulgar la información especificada abajo a la organización o individuo especificado en esta petición. Entiendo que la información a ser divulgada incluye información relacionada con la(s) siguiente(s) condición(es).

☐ ABUSO DE DROGAS ☐ ALCOHOLISMO Y ABUSO DE ALCOHOL ☐ PRUEBAS PARA O INFECCIÓN CON EL VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA (VIH) ☐ ANEMIA "SICKLE CELL"

INFORMACIÓN SOLICITADA (marque los encasillados y especifique el nivel o naturaleza de la información que se va a divulgar, dando las fechas aproximadas cubiertas por cada una)

☐ COPIA DEL RESUMEN DEL HOSPITAL ☐ COPIA DE LAS NOTAS DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO ☒ OTRO (Especifique)

Grabaciones de audio de las sesiones grupales tituladas: "Social Skills Training for Serious Mental Illness".
Actividades según han sido aprobadas para un Programa de la Iniciativa en Salud Mental de OMHS.

PROPÓSITO(S) O NECESIDAD POR LA QUE LA INFORMACIÓN VA A SER UTILIZADA POR EL INDIVIDUO A QUIEN LA INFORMACIÓN SE VA A DIVULGAR

Las grabaciones de audio son necesarias para llevar acabo consultoría clínica, según ha sido aprobado por el Programa de Iniciativa en Salud Mental de OMHC titulado: "VA Social Skills Training for Serious Mental Illness".

NOTA: ARTÍCULOS ADICIONALES DE INFORMACIÓN DESEADA PUEDEN SER LISTADOS EN LA PARTE DE ATRÁS DE ESTE FORMULARIO

AUTORIZACIÓN: Yo certifico que esta petición se ha hecho libremente, voluntariamente y sin coerción y que la información ofrecida arriba es precisa y completa según mi conocimiento. Entiendo que voy a recibir una copia de este formulario después de que lo firme. Puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento excepto cuando ya se haya tomado acción para cumplir la misma. La revocación por escrito es efectiva cuando sea recibida por la Unidad de Divulgación de Información en la facilidad donde se guardan los expedientes. La re-divulgación de mis expedientes médicos por quienes están autorizados a recibir la información podría ocurrir sin que medie nuevamente mi autorización y podría no estar protegida. Sin mi consentimiento específico, la autorización va a expirar automáticamente: (1) cuando se satisfaga la necesidad de la divulgación; (2) en _____ (fecha provista por el paciente); (3) bajo las siguientes condición(es):

Las grabaciones de las sesiones solo serán accesadas y usadas para propósitos de entrenamiento clínico. Específicamente, las grabaciones solo serán accesadas por el personal clínico del Grupo de Destrezas Sociales y los consultores a quienes han sido asignados para propósitos de consultoría.

Entiendo que las opiniones y planteamientos del proveedor de salud de VA no son decisiones oficiales de VA sobre si recibiré otros beneficios de VA o sobre la cantidad en caso de que recibiera beneficios de VA. Sin embargo, podrían ser consideradas como evidencia cuando estas decisiones sean tomadas en las Oficina Regional de VA que se especializa en las decisiones sobre beneficios.

FECHA	FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA A FIRMAR POR EL PACIENTE (Incluya autorización para firmar, ejemplo POA)
-------	--

SOLO PARA USO DE VA

IMPRIMA INFORMACIÓN DE LA TARJETA DE DATOS DEL PACIENTE	TIPO Y EXTENSIÓN DEL MATERIAL DIVULGADO	
	FECHA DE DIVULGACION	PROVISTO POR