

1301 N 47th St, Kansas City KS 66102 Teléfono: (913) 328 – 4689 Fax: (913) 563 – 6596 Correo Electrónico: [wbnmedicalrecords@wyandotbhn.org](mailto:wbnmedicalrecords@wyandotbhn.org)
**Nombre de Cliente:** \_\_\_\_\_ **Nombre Elegido:** \_\_\_\_\_

**Identificación del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**INSTALACIÓN/PERSONA QUE DIVULGA INFORMACIÓN A/OBTIENE INFORMACIÓN DE:**

NOMBRE DE LA INSTALACIÓN/INDIVIDUO	DIRECCION	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO

**INFORMACIÓN A DIVULGAR (CLIENTE/PADRE/MADRE/TUTOR/REPRESENTANTE: INICIAL JUNTO A TODO LO QUE CORRESPONDA):**

Para intercambiar información con       Para divulgar información a       Para obtener información de  
 Revisión del diagnóstico       Historial médico completo       Diagnóstico de trastorno por el uso de sustancias  
 Plan de Tratamiento       Progreso durante el Tratamiento       Evaluación sobre trastorno por el uso de sustancias  
 Medicamentos       Evaluación psicológica       Plan de tratamiento para el trastorno por el uso de sustancias  
 Evaluación inicial       Registros Escolares       Notas del progreso del trastorno por el uso de sustancias  
 Evaluación psiquiátrica       Otro: \_\_\_\_\_  
 Comunicación verbal y/o escrita       Rango de fechas a divulgar: ( \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ) to ( \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ )

**PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN (CLIENTE/PADRE/MADRE/TUTOR/REPRESENTANTE: INICIAL JUNTO A TODO LO QUE CORRESPONDA):**
 Evaluación     Coordinación de la atención     Procedimientos legales     Colocación/Evaluación escolar     Otro: \_\_\_\_\_

**Fecha de vencimiento:** ( \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ) La presente autorización permanecerá vigente (a menos que sea expresamente revocada) hasta la fecha de vencimiento o evento designado (**no debe exceder un año desde la fecha de la firma**). Tengo derecho de revocar la presente autorización, por escrito y en cualquier momento, salvo si Wyandot BHN Inc. ha tomado medidas en relación con ella. Solo la información especificada puede ser divulgada a la persona o agencia especificada. La información utilizada o divulgada en virtud de la Autorización puede estar sujeta a una segunda divulgación por parte del destinatario y no queda protegida por la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability Act Privacy Rule) (título 45 del C.F.R., parte 164) y la Ley de Privacidad (Privacy Act) de 1974 (título 5 del U.S.C., 552a). Wyandot BHN Inc. no puede garantizar que el destinatario mantendrá la confidencialidad de esta información que he autorizado a divulgar.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL CLIENTE/PADRE/MADRE/TUTOR/REPRESENTANTE** **RELACIÓN CON EL CLIENTE**  
 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ )

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL CLIENTE/PADRE/MADRE/TUTOR/REPRESENTANTE** **DATE**  
 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ )

**FIRMA DEL JOVEN (REQUERIDA SI TIENE 14 AÑOS O MÁS PARA EXPEDIENTES DE SALUD MENTAL SEGÚN K.S.A. 65-5602)** **DATE**  
 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ )

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL TESTIGO** **DATE**  
 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ )

**INICIALES DEL CLIENTE/TUTOR/REPRESENTANTE:** \_\_\_\_\_ DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE MI PROVEEDOR DE WBHN ATESTIGÜE EL PRESENTE DOCUMENTO.

**INICIALES DEL CLIENTE/PADRE/MADRE/TUTOR/REPRESENTANTE:** \_\_\_\_\_ DOY MI CONSENTIMIENTO Y RECONOZCO QUE ES POSIBLE QUE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL TRATAMIENTO O DERIVACIONES RELACIONADAS CON EL ABUSO DEL ALCOHOL O SUSTANCIAS, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL; INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD MENTAL Y/O EL TRATAMIENTO O SITUACIÓN RELACIONADA CON EL VIH/SIDA SE INCLUYA EN MI HISTORIAL Y PUEDA SER DIVULGADA COMO RESULTADO DE OTORGAR LA PRESENTE AUTORIZACIÓN.

**AVISO AL DESTINATARIO: PROHIBICIÓN DE SEGUNDA DIVULGACIÓN**

Esta información se le ha divulgado a partir de un historial cuya confidencialidad queda protegida por la ley federal. Las leyes y regulaciones federales no protegen la información relacionada con sospechas de abuso o abandono infantil en caso de ser reportados en virtud de la ley estatal a las autoridades estatales o locales correspondientes. (Consulte el título 42 del U.S.C., 290dd-3 y 42 del U.S.C., 290ee-3, así como el título 42 del Código de Reglamentos Federales). Los reglamentos federales (título 42 del C.F.R., parte 2) le prohíbe volver a divulgar este historial sin consentimiento por escrito específico de la persona a la que le pertenece, u otro tipo de autorización de conformidad con dichos reglamentos. La autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo **NO** es suficiente para este propósito. El título 42 del C.F.R., parte 2, restringe el uso de la información sobre abuso de sustancias para investigar como delito o enjuiciar a cualquier paciente que abusa del alcohol o las drogas.