

# Instrucciones para completar el formulario ODM 10221

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN ESTÁNDAR

Este formulario de autorización estándar debe ser utilizado por un individuo o su representante personal para dar su consentimiento para la divulgación de información personal de salud (PHI, por sus siglas en inglés) Este formulario no es una solicitud de acceso del paciente en virtud del Título 45 de la Sección 164.524 del Código de Registros Federales (CFR, por sus siglas en inglés).

**¿Qué formulario debe utilizar?** Si usted representa un programa de la Parte 2 (Proveedor para Trastornos por consumo de sustancias [SUD, por sus siglas en inglés]) o está divulgando expedientes obtenidos de un programa de la Parte 2, utilice el FORMULARIO B. En todos los demás casos, utilice el FORMULARIO A. No se necesita utilizar el Formulario A cuando el intercambio de información se realiza con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica de conformidad con la ley HIPAA.

- **Los programas de la Parte 2** son individuos o entidades con asistencia del gobierno federal que se presentan como proveedores y proporcionan diagnósticos, tratamientos o derivaciones de tratamiento por trastornos por consumo de sustancias. Para más información, consulte el Título 42 de la Sección 2.11 del CFR.

### Sección I (tanto FORMULARIO A como FORMULARIO B)

- Ingrese la información solicitada sobre la persona de la cual se divulgará la información de salud.
- No se requiere que los individuos proporcionen un Número de Seguro Social (SSN). Si falta el SSN o información de identificación adicional, es posible que una entidad no pueda identificar al individuo para responder a la solicitud. Una opción es proporcionar los últimos 4 dígitos del SSN.

### Sección II (Formulario A)

- "Entidad que divulga la información (Nombre de la entidad de cobertura)" es el plan de salud/aseguradora o proveedor que tiene la PHI del individuo que se divulgará. Ingrese el nombre de la entidad de cobertura, así como también la información de contacto.
- "Destinatario (persona o entidad)": indique la persona u organización que debe recibir la PHI. Ingrese la información de contacto (número de teléfono, dirección de correo electrónico, fax, dirección, etc.).

### Sección II (Formulario B)

- "Entidad que divulga la información (Nombre del poseedor de la información del programa de la Parte 2)" es la persona o entidad que tiene la información a ser divulgada sobre los trastornos por consumo de sustancias del individuo. Ingrese el nombre del poseedor de la información del programa de la Parte 2, así como también la información de contacto. Puede utilizar una descripción general como "cualquier programa de tratamiento por consumo de drogas o alcohol que haya proporcionado servicios al individuo". Se puede nombrar a más de una persona o entidad.
- "La información se debe proporcionar a las siguientes personas o entidades": indique la persona u organización que debe recibir la información sobre los trastornos por consumo de sustancias. Puede ser un individuo, un proveedor, un tercero responsable del pago (plan de salud/aseguradora) o una entidad que no proporciona tratamientos, como un intercambio de información de salud, un oficial de libertad condicional o un programa del tribunal de drogas. Se puede nombrar a más de una persona o entidad.
- Utilice un FORMULARIO B por separado para cada persona u organización que divulgará información.
- **Si se selecciona el "Proveedor nombrado que no proporciona tratamientos (como un intermediario o una entidad de investigación)", entonces a, b y/o c también deben ser completados.** *El formulario no está completo si esta casilla está marcada y no se proporciona información adicional en a, b y/o c.*
  - Una relación de proveedor de tratamientos existe cuando un individuo ha aceptado o requiere ser diagnosticado, evaluado o tratado por, o aceptar la consulta de, un individuo o entidad que proporciona o acepta proporcionar el servicio. Para obtener más información, consulte el Título 42 de la Sección 2.11 del CFR.
- Ingrese la información de contacto (número de teléfono, dirección de correo electrónico, fax, dirección, etc.).

**Sección III (tanto FORMULARIO A como FORMULARIO B):**

- En la opción "Motivo de divulgación" se debe indicar por qué la información del individuo será divulgada.
- En la opción "Información de salud a divulgar" se debe proporcionar una descripción completa de la información que será divulgada. En el formulario B, sírvase especificar con claridad la información sobre los trastornos por consumo de sustancias que puede ser divulgada.
- En la opción "Especifique el período de tiempo, si lo desea" debe utilizarse, de ser necesario, para indicar un rango de fechas específico para la información que se divulgará (por ejemplo, 7/1/2017 al 1/1/2018).

**Sección IV (tanto FORMULARIO A como FORMULARIO B)**

- En la opción "Fecha de vencimiento o evento" es la fecha o evento específico en el que caducará el consentimiento. El evento puede definirse como el motivo de la autorización o consentimiento (por ejemplo, reclamo al seguro). Si no se proporciona ninguna fecha o evento, la autorización o consentimiento caducará en un año.
- El individuo cuya información será divulgada debe firmar y fechar el formulario. Si el individuo no puede firmar el formulario, el representante personal deberá firmarlo y fecharlo. Si un representante personal firma el formulario, indique la relación del mismo seleccionando la casilla correspondiente. La entidad que divulga la información puede exigir un comprobante de autoridad del representante.