



Cheyenne Regional

Authorization for Release of Confidential Alcohol and Substance Use Disorder Information

Health Information Management
Cheyenne Regional Medical Center
214 E 23rd Street Cheyenne, WY 82001
Fax (307) 432-3108. Phone (307) 633-7925
Email: CheyenneRegionalHIM@crmcwy.org

Al completar este formulario, entiendo que mis registros sobre trastornos por consumo de sustancias están protegidos por las leyes federales (título 42 del Código de Reglamentos Federales [Code of Federal Regulations, CFR], parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA], título 45 del CFR, secciones 160 y 164) y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito y para fines no identificados en este formulario. Estos registros incluyen información relacionada con lo siguiente: alcohol, cannabis, sustancias alucinógenas (por ejemplo, LSD, MDMA, PCP, psilocibina), inhalantes, opioides (por ejemplo, fentanilo, morfina, oxicodona), sedantes, hipnóticas, ansiolíticas, estimulantes (por ejemplo, anfetaminas, cocaína), tabaco y otras sustancias psicoactivas desconocidas. Toda divulgación realizada en virtud de esta autorización incluirá el aviso de confidencialidad requerido por las leyes federales. No se me denegarán los servicios si no otorgo mi autorización. Si prefiere que se divulgue otra documentación aparte de los registros sobre trastornos por consumo de sustancias, llene un formulario general de autorización para divulgación de información.

(1) Información del participante	Nombre legal:	Nombre(s) preferido(s)/anterior(es):
	Fecha de nacimiento:	Número de teléfono:
	Dirección:	Ciudad: Estado: Código postal:

(2) Información divulgada DESDE	☐ Cheyenne Regional Medical Center
	☐ CRMG (clínicas médicas): _____

(3) Fechas de servicio	FECHAS DE SERVICIO: DESDE: _____ HASTA: _____ (dato obligatorio)
---	--

(4) Información divulgada A	Persona/centro/organización ☐ AL PARTICIPANTE:		
	A la atención de/Depto.:	Número de teléfono:	Fax:
	Dirección:	Ciudad:	Estado: Código postal:

(5) Información que debe divulgarse	Especifique los registros sobre trastornos por consumo de sustancias que desea que se divulguen:

(6) Finalidad de la divulgación	☐ Uso personal ☐ Continuidad de la atención médica ☐ Indemnización a trabajadores ☐ Seguro ☐ Beneficio por discapacidad
	☐ Asuntos legales ☐ Otra: _____ Podría requerirse el pago de un cargo o tarifa por las copias de los registros.

(7) Método de entrega	Medios por donde se divulgará mi información: ☐ MyChart ☐ Medios electrónicos ☐ CD ☐ Papel La información se necesita antes del _____
	Medio de envío: ☐ Correo electrónico, dirección de correo electrónico preferida: _____ ☐ Encriptado ☐ No encriptado
	☐ CORREO POSTAL ☐ RETIRO EN PERSONA por el paciente o la persona designada: _____

(8) Autorización	Por el presente, autorizo a Cheyenne Regional a divulgar la información médica indicada anteriormente al destinatario aquí mencionado.
	1. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, y, en caso de que lo haga, no tendrá ninguna repercusión sobre las medidas adoptadas antes de recibir la revocación.
	2. Entiendo que pueden aplicarse tarifas por el servicio de fotocopias.
	3. Entiendo que mi atención médica y los pagos relacionados con ella no se verán afectados por el hecho de que firme o no esta autorización.

Firma del paciente/representante del paciente		Nombre del firmante en letra de imprenta	Fecha
(Si firmo en representación de un paciente menor de edad, declaro que mis derechos parentales no han sido revocados por un tribunal de justicia).			
☐ Padre/madre ☐ Poder notarial ☐ Tutor ☐ Otro		☐ Verificación de identificación por: _____	
Relación con el paciente (si no es paciente)			
Esta autorización expirará un año después de la fecha de la firma, a menos que se indique otra fecha: _____			

