



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PARA  
REMISIONES FORMALES U OBLIGATORIAS PARA EAP**

*Al llenar este formulario, usted autoriza a Beacon Health Options, Inc. para que divulgue información a las personas que identifica con respecto a su cumplimiento o incumplimiento con una remisión formal u obligatoria a EAP de parte de su empleador.*

**SECCIÓN 1: Identifique a la persona cuya información se va a divulgar:**

Nombre \_\_\_\_\_ Empleado por \_\_\_\_\_

N.º de ID de miembro o N.º del SS \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 2: Identifique a la persona o entidad que va a recibir la información:**

Escriba con letra de molde el nombre de las personas que recibirán los expedientes:

---

---

---

**SECCIÓN 3: Identifique qué información puede divulgarse:**

- Si el empleado se comunicó con EAP o no, incluyendo fechas de contacto;
- La participación o no participación en el plan de acción recomendado por EAP;
- Otro: \_\_\_\_\_

**Al colocar sus iniciales en los siguientes artículos, autoriza a Beacon Health Options, Inc. a divulgar los siguientes tipos específicos de información a las personas que se identifican en la Sección 2 anterior:**

\_\_\_ Información o registros de uso de alcohol o sustancias

\_\_\_ Información o registros de salud mental

\_\_\_ Información o registros relacionados con el VIH/SIDA

#### **SECCIÓN 4: Identifique cuánto tiempo desea que dure esta autorización:**

Esta autorización tendrá vigencia por un año o hasta que sea revocada por el firmante, en la manera descrita a continuación o hasta (insertar fecha de vencimiento o evento) \_\_\_\_\_ (lo que sea más corto).

#### **SECCIÓN 5: Sus derechos:**

Tiene derecho a solicitar una copia de este formulario y solicitar una copia de la información que se divulga. No está obligado a firmar esta autorización y el hecho de que se niegue no afectará sus beneficios a menos que esta autorización sea necesaria para determinar sus beneficios. Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento al enviar un aviso por escrito a:

Beacon Health Options, Inc. [Operations/Service Center street address] [Operations/Service Center City, State, ZIP]
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Revocar esta autorización no tendrá ningún efecto sobre las acciones que Beacon Health Options, Inc. tome previo a recibir el aviso de revocación. La información divulgada por esta autorización puede estar en riesgo de ser vuelta a divulgar por el receptor y de ya no estar protegida por las leyes federales de privacidad. Tenga en cuenta que si autorizó ÚNICAMENTE la divulgación de registros de tratamiento por abuso de alcohol o sustancias, puede revocar esta autorización verbalmente. La revocación de todos los otros tipos de registros de atención médica involucrados se debe hacer por escrito.

---

Firma de la persona

---

Fecha

---

Nombre en letra de molde



## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN

---

1. Por favor escriba la información en LETRA DE MOLDE y con bolígrafo para que sea fácil de leer.
2. No omita ningún paso. Proporcione la información más completa posible.
3. A continuación aparecen ejemplos de información que podría escribirse en la Sección 3 junto a la casilla “Otro”:
  - Resultados de pruebas de detección de drogas o alcohol
  - Plan de tratamiento
  - Plan de cuidados posteriores
  - Información específica relacionada al incumplimiento (por ejemplo, no presentarse a las reuniones de cuidados posteriores, citas perdidas con el proveedor tratante, etc.)
4. **Debe colocar sus iniciales junto al artículo relacionado con la información o registros sobre el uso de alcohol o sustancias en la Sección 3 y proporcionar su firma, su nombre en letra de molde y la fecha en la Sección 5.**

**PREGUNTAS: llame al Orientador del lugar de trabajo de EAP si tiene alguna duda o pregunta sobre este formulario de autorización.**