

DAYMARK Recovery Services/ MARCA DE DIA DE LOS SERVICIOS DE RECUPERACIÓN

Medicaid #: _____ MR#: _____

Client Name/Nombre del cliente: _____ Date of Birth/ fec. Nac.: _____

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION MEDICA

Yo, _____ (cliente o representante personal) autorizo a **DAYMARK RECOVERY SERVICES** a divulgar/intercambiar información médica específica de los registros del cliente mencionado anteriormente hacia/desde:

_____ (Nombre) _____ (relación con el cliente mencionado anteriormente)

_____ (Dirección) _____ (Número de teléfono)

Para fines específicos: **Coordinación de servicios**

Información específica que se divulgará/intercambiará: **Persona de contacto de emergencia /cita de emergencia, y/o información de salud personal necesaria para facilitar la atención en caso de emergencia.**

Entiendo que esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición: _____

Entiendo que si no especifico una fecha o condición de vencimiento, esta autorización es válida durante el período de tiempo necesario para cumplir su propósito por hasta un año, excepto para las divulgaciones para transacciones financieras, en las que la autorización es válida Indefinidamente. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y que se me pedirá que firme la Sección de Revocación a continuación. Además, entiendo que cualquier medida adoptada en esta autorización antes de la fecha rescindida es legal y vinculante.

Entiendo que mi información puede no estar protegida de la redivulgación por parte del solicitante de la información; sin embargo, si esta información está protegida por el Reglamento Federal de Confidencialidad por Abuso de Sustancias, el destinatario no puede volver a divulgar dicha información sin mi posterior autorización por escrito a menos que la ley estatal o federal disponga lo contrario.

Entiendo que mi información está protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), 45 C.F.R. Pts. 160 & 164 y no puede ser divulgada a menos que se disponga en la ley. Además, los registros de tratamiento de alcohol y drogas están protegidos por las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad de los Registros de Pacientes de Abuso de Alcohol y Drogas 42 C.F.R Parte 2 y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en el Reglamentos.

Entiendo que si mi registro contiene información relacionada con la infección por VIH, el SIDA o las condiciones relacionadas con el SIDA, enfermedades transmisibles, abuso de alcohol, abuso de drogas, condiciones psicológicas o psiquiátricas, o pruebas genéticas, esta divulgación incluirá que Información. La información sobre el VIH/SIDA solo se divulga de conformidad con las Leyes de Enfermedades Transmisibles (GS130A-143).

También entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago por servicios o mi elegibilidad para beneficios; sin embargo, si un proveedor que no recibe tratamiento (por ejemplo, una compañía de seguros) solicita un servicio con el único propósito de crear información de salud (por ejemplo, examen físico), el servicio puede ser denegado si no se da autorización. Si el tratamiento está relacionado con la investigación, el tratamiento puede ser denegado si no se administra la autorización.

Si el tratamiento está relacionado con la investigación, el tratamiento puede ser denegado si no se administra la autorización. Además, entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización firmada.

Firma del Cliente

Fecha

Testigo(solamente si la firma es un "X," marque o símbolo) Fecha

Firma del Personal

Fecha

La autoridad/relación del representante personal

Fecha

SECCIÓN DE REVOCACIÓN

Por la presente solicito que esta autorización para divulgar información de salud sea rescindida, efectiva _____ (**Fecha**).
I/Ciente/Representante Personal (**círculo uno**) entiende(s) que cualquier acción tomada en esta autorización antes de la fecha rescindida es legal y vinculante.

Firma del Cliente

Fecha

Testigo (obligatorio sólo cuando la firma es 'X', marca o símbolo)
Fecha

Firma del Representante Personal

Fecha

Representante Personal Relación/Autoridad

Fecha

Firma del Personal

Fecha

Firma del Testigo del Personal (si la revocación es verbal)

Fecha