

Número del Medicaid _____ MR# _____

Nombre del cliente _____ Fecha de nacimiento _____

AUTHORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD

Yo _____ por la presente, autorizo a **DAYMARK RECOVERY SERVICES,**

divulgar/intercambiar información de salud específica de los registros del nombre anterior a/del Departamento de Servicios Sociales del Condado (dirección) _____

ATTN: _____ Número telefónico: _____ Fax: _____

Para el propósito específico(s): **Colaborar con el proveedor de servicios para garantizar la continuidad de cuidados.**

Información específica a divulgar: **resumen de alta, evaluación clínica MH/SA, plan de tratamiento, diagnostico, historial de medicación, evaluación psiquiátrica, información de asistencia y citas, comunicación de asistencia y citas, comunicación verbal/escrita sobre el estado del cliente con el tratamiento recomendado. Notas de servicio clínico/medico, recomendaciones, pruebas de cumplimiento, resultados del examen de drogas por orina.**

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

Entiendo que, si no especifico una fecha o condición de vencimiento, esta autorización es válida por el periodo de tiempo necesario para cumplir su propósito hasta por un año, a excepción de 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. Adema, entiendo que cualquier acción tomada en esta autorización antes de la fecha rescindida es legal y vinculante.

Entiendo que mi información puede no estar protegida de la nueva divulgación por parte del solicitante de la información; sin embargo, si la información está protegida por las Regulaciones Federales de Confidencialidad de Abuso de Substancias, el destinatario no podrá volver a divulgar dicha información sin mi autorización escrita adicional a menos que se establezca lo contrario por la ley estatal o federal.

Entiendo que mi información está protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA), 45 C.F.R. Pts. 160 & 164, y no puede divulgarse a menos que este previsto en la ley. Además, los registros de tratamiento de alcohol y drogas están protegidos por las normas federales que rigen la Confidencialidad de los registros de Pacientes con Abuso de Alcohol y Drogas 42 C.F.R. Parte 2 y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se establezca lo contrario en las reglamentaciones.

Entiendo que, si mi registro contiene información relacionada con la infección por VIH, SIDA o enfermedades relacionadas con el SIDA, enfermedades contagiosas, abuso de alcohol, abuso de drogas, condiciones psicológicas o psiquiátricas o pruebas genéticas, está divulgación incluirá esa información. La información sobre VIH/SIDA solos se divulga de acuerdo con la Ley de Enfermedades Contagiosas (GS130A-143).

También entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que la negación a firmar no afectara mi capacidad para obtener tratamiento, pago por los servicios o mi elegibilidad para los beneficios; sin embargo, si un proveedor no terapéutico solicita un servicio (por ejemplo, una compañía de seguros) con el único propósito de crear información de salud (por ejemplo, un examen físico), los servicios pueden denegarse si no se otorga la autorización. Si el tratamiento está relacionado con un estudio médico, se puede denegar el tratamiento si no se otorga la autorización.

Además, entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización firmada.

Firma del Cliente Fecha

Testigo (requerido solo cuando la firma es "X", marca o símbolo). Fecha

Firma del Representante Personal Fecha

Relación del Representante Personal/Autoridad Fecha

Sección de Revocación

Por la presente solicito que se anule esta autorización para divulgar información de salud, fecha efectiva
_____ Fecha.

Yo/Cliente/Representante Personal (encierre en un círculo), comprende(n) que cualquier medida tomada con respecto a esta autorización antes de la fecha rescindida es legal y vinculante.

Firma del Cliente Fecha

Testigo (requerido solo cuando la firma es "X", marca o símbolo). Fecha

Firma del Representante Personal Fecha

Relación del Representante Personal/Autoridad Fecha