Servicios de recuperación de DAYMARK

Medicaid #: _____ **MR#:_____**

Nombre del cliente:_____ **Fecha de Nacimiento:_____**

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD

Yo _____ Por la presente autorizo a
(Cliente o Representante Personal)

División de Salud Mental/Discapacidades del Desarrollo de Carolina del Norte/Servicios de Abuso de Sustancias,

North Carolina Division of Mental Health/Developmental Disabilities/Substance Abuse Services _____,
(Nombre del proveedor/plan)

para revelar/cambiar información especifica de salud sobre el cliente anteriormente citado a/de nuestro manejo de entidad local: Salud Mental de Alianza, Gestión de Salud Conductual de Socios, Recursos de salud Trillium, Salud de Vaya, Otro MCO (especifique por nombre):_____

Para el propósito específico(s): divulgación de datos al proveedor de software **WITS** (Web Infrastructure for Treatment Services) de **FEI Systems** con el fin de compartir información de la evaluación **GPRA** (Acto Gobierno de rendimiento y resultados) NC-TOPPS, el monitoreo de los resultados de medidas, revisión de datos demográficos y clínicos recogidos por Marca de día (Daymark) los servicios de recuperación de los consumidores de servicios a los efectos de la recopilación de datos y planificación de los servicios.

Información específica para ser revelada: información escrita, verbal o electrónica que pertenece a evaluaciones, diagnósticos, proyectos de tratamiento, criterios de elegibilidad y asistencia para encontrar el objetivo mencionado anteriormente. Entiendo que esta autorización caducará en la fecha siguiente, evento o condición: _____.

Entiendo que, si no puedo especificar una fecha de caducidad o condición, esta autorización es válida durante el período de tiempo tenía que realizar su objetivo durante hasta un año, excepto revelaciones para operaciones financieras, en donde la autorización es válida indefinidamente.

También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y que voy a firmar la revocación en la sección de abajo.

Además, entiendo que cualquier medida adoptada en esta autorización antes de la fecha rescindida es legal y vinculante.

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

Entiendo que mi información es protegida por el Acto de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro médico de 1996 (HIPAA), 45 C.F.R. Puntos. 160& 164 y no puede ser revelado a menos que no asegurado según el acto. Además, el consumo de alcohol y drogas tratamiento registros están protegidos en virtud de los reglamentos federales que rigen la confidencialidad del uso indebido del alcohol y las drogas los registros de paciente 42 C.F.R Parte 2 y no puede ser revelada sin mi consentimiento por escrito, salvo que se disponga lo contrario en los reglamentos.

Entiendo que si mi registro contiene la información que se relaciona con infección del VIH, SIDA o condiciones relacionadas con el SIDA, enfermedad (enfermedades) transmisibles, abuso del alcohol, consumo de drogas, condiciones psicológicas o psiquiátricas o pruebas genéticas, esta revelación incluirá esa información. La información del VIH/SIDA sólo es revelada de acuerdo con Leyes de la Enfermedad transmisible (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.

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

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***

SECCIÓN DE REVOCACIÓN

Por la presente solicito que esta autorización para divulgar información de salud sea rescindida, efectiva_____ **(Fecha).** I/Cliente/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***