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))

DAYMARK RECOVERY SERVICES (*Nombre del proveedor/plan)* Para divulgar/intercambiar información de salud específica de los registros del cliente mencionado anteriormente hacia/desde

Padres de crianza): _____**Dirección postal:** _____

Teléfono: _____ **Fax:** _____

Para el(los) propósito(s) específico(s): **Cooperación con el Programa de Tratamiento Recomendado, Coordinación y Participación en la Planificación del Tratamiento, Planificación de Modificaciones de Comportamiento, y Plan de Crisis.**

Información específica que se divulgará: **Evaluación de detección y/o admisión, Evaluación Clínica MH/SA, Recomendaciones de Tratamiento, Participación, Asistencia y Cumplimiento de Recomendaciones de Tratamiento, Horario y/o Cancelar Citas, Citas, Resultados de la pantalla(s) de drogas de orina, Plan de tratamiento, Historial de medicamentos, Evaluación psiquiátrica, Comunicación verbal/escrita con respecto al estado de salud mental del cliente.**

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***