

DAYMARK Recovery Services

Medicaid #

MR#:

Client's Name:

Date of Birth:

Autorización Para Revelar Información Médica Anuncio General

Yo _____ autorizo por este medio a _____ (Cliente o representante personal)

DAYMARK Recovery Services (Nombre del Proveedor/Plan)

para revelar/cambiar información específica de salud sobre el cliente anteriormente citado a/de nuestro manejo de entidad local: Salud Mental de Alianza, Gestión de Salud Conductual de Socios, Centro de Sandhills para MH/DD/SAS, Salud de Vaya, Otro MCO (especifique por nombre): [X] Cuidado Comunitario de Carolina del Norte (CCNC) [X] Salud conductual de Carelon [X] Mis compañías de seguros en los exámenes requeridos o para fines de pago según mis proveedores de seguros registrados, para incluir WellCare, Plan de la Comunidad de la Asistencia médica Unido (United Healthcare Plan Comunitario), saludable azul (BC/BS), AmeriHealth Caritas, Carolina Salud Completa.

Por el propósito(s) específico(s): autorización para servicios, continuidad de cuidado, o revisión de utilización, y/o revisión de seguros médicos

Información específica de revelar: Escrito, información verbal o electrónico en relacionado a una evaluación, diagnósticos, plan de tratamiento, notas de progreso, notas Medicas, laboratorios, criterio de elegibilidad, y asistencia para satisfacer el propósito mencionado anteriormente.

Yo entiendo que esta autorización expiré siguiente la fecha, evento, o por la condición: _____.

Yo entiendo que, si fracaso especificar una fecha de expiración o condición, esta autorización esta válido por el tiempo que lo requiere para llenar su propósito hasta un año, además las revelaciones finanzas, en donde esta autorización es válida por un período indefinido. 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 acción sobre esta autorización antes de la revocada fecha es legal y vinculante.

Yo entiendo que mi información no puede ser protegida de la revelación por el solicitante de la información; sin embargo, si esta información esta protegida por los Reglamentos Federales de Confidencialidad de Abuso de Sustancias, el destinatario no puede revelar dicha información sin mi autorización escrita a menos que sea previsto de otra manera por el estado o la ley federal.

Yo entiendo que mi información esta protegida por el Seguro de Salud Ley de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPPA), 45 CFR Pts. 160y 164y no puede ser revelada a menos que las previstas en la ley. Además, los registros de tratamiento de alcohol y drogas están protegidos bajo los reglamentos federales que rigen La Confidencialidad de Los Registros de Pacientes de Abuso de Drogas y Alcohol 42 CFR Parte 2 y no puede ser revelada sin mi consentimiento escrito a menos en contrario por los reglamentos.

Yo entiendo que, si mis documentos tienen información sobre la infección de VIH, SIDA, o información relacionado con la SIDA, enfermedad(es) transmisible, abuso de alcohol, drogas, condiciones psicológicas o psiquiátricas, o exámenes genéticos, esta revelación incluye esa información. Información sobre el Sida/ HIV será sólo revelado de acuerdo con Leyes de la Enfermedad transmissible (GS130A-143).

También, entiendo que puedo negar y no firmar esta autorización y que mi opción a firmar no afectara mi capacidad de obtener tratamiento, pago de servicio, o mi elegibilidad por los beneficios; sin embargo, si un servicio ha sido pedido por alguien que no es parte de tratamiento (por ejemplo, una compañía de seguros) para el propósito único de crear información de salud, (por ejemplo, un examen físico) es posible que el servicio puede ser negado. Si el tratamiento es investigación relacionada, el tratamiento puede ser negado si la autorización no se da.

Siguiente, yo entiendo que puedo pedir una copia de esta autorización afirmada.

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

Yo, Por el presente solicito que esta autorización para divulgar información de salud sea rescindida, efectivo _____ (Fecha). Yo/Cliente/Representante Personal (circule uno) entiendo que cualquier acción tomada en esta autorización antes de la fecha rescindido es legal y vinculante.

Firma del Cliente Fecha Testigo (Requerido solo confirma de "X" marca o símbolo) Fecha

Firma de Representante Personal Fecha Relación del Representante Personal/Autoridad Fecha

Firma del Personal Fecha Firma del Testigo del Personal (solo si revocación es verbal) Fecha