

DAYMARK Recovery Services (Servicio de Recuperación)

Numero de Medicaid: \_\_\_\_\_ MR#: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Autorización Para Releva Información Medica/de Salud

Yo \_\_\_\_\_ por la presente autorizo.

(Cliente o representante personal)

DAYMARK RECOVERY SERVICES (Name of Provider/Plan) Para divulgar / intercambiar información de salud específica de los registros del cliente mencionado anteriormente a / desde (por favor, circule) PADRE O TUTOR, \_\_\_\_\_ (Nombre (s) del destinatario / Dirección / Teléfono / Fax)

Para los fines específicos (s) PARA APOYAR Y ASISTIR EN EL ACCESO DE SERVICIO(S); COOPERACIÓN CON PROGRAMA DE TRATAMIENTO RECOMENDADO.

Información específica a divulgar: EVALUACIÓN CLÍNICA MH / SA, RESUMEN DE DESCARGA, PLAN DE TRATAMIENTO, DIAGNÓSTICO, EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA, ASISTENCIA E INFORMACIÓN DE TURNOS, (CANCELACIÓN / RESCHEDULACIÓN/CAMBIO DE FECHA), COMUNICACIÓN VERBAL Y ESCRITA RESPECTO AL ESTADO DEL CLIENTE CON TRATAMIENTO RECOMENDADO, MEDICO, NOTAS DE SERVICIO CLINICO, HISTORIAL DE MEDICAMENTO(S), RESULTADOS DE DRUGA(S) EN LA ORINA, OBSERVACIONES DE LABORATORIO, RECOMENDACIONES.

Entiendo que esta autorización caducará en la siguiente fecha, evento o condición: \_\_\_\_\_

Entiendo que, si no especifico una fecha de vencimiento o condición, esta autorización es válida por el período 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 me pedirán que firme la Sección de Revocación a continuación localizada al final de este documento. Además, entiendo que cualquier acción tomada en esta autorización antes de la fecha de rescisión es legal y vinculante.

Entiendo que mi información puede no estar protegida contra divulgación por el solicitante de información; no obstante, si esta información es protegida por Regulaciones Federales de Confidencialidad de Abuso de Sustancias, el recipiente puede que no revele la información sin una, más adelante, autorización escrita al no ser que de otra manera por ley estatal o federal.

Yo entiendo que mi información es protegida por La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), 45 C.F.R. Pts. 160 & 164 y No puede ser divulgado a menos que esté previsto en el acto. Además, los registros de tratamiento de alcohol y drogas están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas- archivos 42 C.F.R Parte 2 y no puede ser divulgada sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones.

Entiendo que, si mi registro contiene información relacionada con la infección por VIH, SIDA o afecciones relacionadas con el SIDA, enfermedades transmisibles, abuso de alcohol, abuso de drogas, afecciones psicológicas o psiquiátricas o pruebas genéticas, esta divulgación incluirá esa información. La información sobre el VIH / SIDA solo se divulga de acuerdo 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 al servicio, o elegibilidad para beneficios; sin embargo, si un servicio es solicitado por un no proveedor de tratamiento (por ejemplo., compañía de seguros) por razón o motivo de crear información de salud (por ejemplo., examen físico), el servicio puede ser denegado si no se otorga la autorización. Si el tratamiento está relacionado con la investigación, se puede negar 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) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Representante Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Representante personal Relación / Autoridad \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

SECCION DE REVOCACION

Por la presente solicito que esta autorización para divulgar información de salud sea rescindida, efectiva \_\_\_\_\_ (Fecha). Yo / Cliente / Representante personal (circule uno) entiendo que cualquier acción tomada en esta autorización antes de la fecha de rescisión es legal y vinculante.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Testigo (requerido solo cuando la firma es 'X', marca o) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Representante Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Representante personal Relación / Autoridad \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del personal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del testigo del personal (en caso de revocación verbal) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

09/05/07

Authorization to Release Information pertaining to NC TOPPS  
File under Authorization Tab