

DAYMARK Recovery Services

Numero de Medicaid:

Numero de registrar:

Nombre de Cliente:

Fecha de Nacimiento:

Autorización Para Revelar Información Medica

Anuncio General

Yo (Cliente o representante personal) autorizo por este medio DAYMARK Recovery Services (Nombre del Proveedor/Plan)

para revelar/cambiar información (Medico Primario) (Nombre (s)/Dirección / Teléfono/Fax del Receptor )

especifica de salud sobre el cliente anteriormente citado a/de Por el propósito(s) especifico (s):

Para coordinar el tratamiento

La información específica revelar Escrito, información verbal o electrónico en relacionado a una evaluación, diagnósticos, planes de tratamiento, notas de progreso, laboratorio, criterio del elegibilidad, y concurrencia.

Yo entiendo que este autorización expiré siguiente la fecha, evento, o por la condición:

Yo entiendo que si fracaso especificar una fecha de expiración o condición, este autorización esta válido por el tiempo que lo requiere para llenar su propósito hasta un año, además las revelaciones finanzas, en donde este autorización es válido por un período indefinido. También, entiendo que a cualquier tiempo, puedo revocar este autorización y que necesitaré afirmar La Sección Revocada atrás este forma. Entiendo otro mas cualquier medidas han tomado antes de la fecha ha rescindido es legal y obligatorio.

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.

Entiendo que si mis documentos ten información sobre la infección de HIV, la SIDA, o SIDA-relatado información, abuso del alcohol, drogas, exámenes genéticos, o sobre condiciones psicológico siquiátrica, este revelación incluiré esa información. Información sobre Sida/ HIV sera sólo revelado de acuerdo con Leyes de la Enfermedad transmissible (GS130A-143).

También, entiendo que puedo negar y no afirmar este autorización y que mi opción afirmar no afectará mi capacidad obtener tratamiento, pago de servicio, o mi elegibilidad por los beneficios; sin embargo si un servicio ha rogado por alguien que no es parte de tratamiento (por ejemplo, una compañía de seguros) para el propósito único de crear información de la salud, (por ejemplo, un examen física) 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.

Siiguiente, yo entiendo que puedo pedir una copia de este autorización afirmada.

Firma del Cliente Fecha Testigo(solamente si la firma es un "X," marque o símbolo) Date
Firma del Personal Fecha La autoridad/relación del representante personal Date

Sección de Revocación

Yo, Por el presente solicito que esta autorización para divulgar información de salud sea rescendida, 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 simbolo)
Firma de Representante Personal Fecha Relacion del Representante Personal/Autoridad
Firma del Personal Fecha Firma del Testigo del Personal (solo si revocación es verbal)