

DAYMARK Recovery Services (Servicio de Recuperación)

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

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

Autorización Para Relevar Información Medica

Yo \_\_\_\_\_ autorizo por este medio  
(Cliente o representante personal)

DAYMARK RECOVERY SERVICES (Nombre del Proveedor/plan) Para revelar/cambiar información específica de salud del cliente anteriormente citado a Nombre y dirección de escuela: \_\_\_\_\_

Por el propósito(s) específico(s): cooperación con programa de tratamiento recomendado, participación a las sesiones de tratamiento, coordinación/participación en la creación del tratamiento, modificación en el plan de modificación de comportamiento, creación del plan de crisis, resultados de prueba de droga(s) en la orina, programar citas.

Información específica a revelar: Examen psicológico y Evaluación de Admisión, Recomendación de tratamiento, Participación, Asistencia, y Conformidad con el Tratamiento recomendado y con turnos, plan de tratamiento, resultados de droga(s) en la orina, Historia de Droga(s).

Yo entiendo que esta autorización va a expirar dependiendo en evento o condición en la fecha: \_\_\_\_\_.

Yo entiendo que, si yo fallo en especificar una fecha de espiración o condición, esta autorización es válida por el periodo de tiempo necesario para cumplir su propósito por un periodo de un año, con excepción de autorización por transacciones financieras, donde esta autorización es válida indefinidamente. Yo también entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y que alguien va a pedir que firme la sección de revocación localizada al final de este documento. Además, yo entiendo que cualquier acción tomada en este documento antes de la fecha rescindida es legal y vinculante.

Yo entiendo que esta información puede no sea protegida de la 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 (for example., compañía de seguros) por razón o motivo de crear información de salud (for example., 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: \_\_\_\_\_