

DAYMARK Recovery Services (Servicio de Recuperación)

Numero de Medicaid: \_\_\_\_\_

MR#: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD**

I, \_\_\_\_\_ por la presente autorizan  
(Cliente o Representante Personal)

DAYMARK RECOVERY SERVICES (Nombre del proveedor/plan) revelar/intercambiar información de salud específica de los registros del cliente mencionado anteriormente hacia/desde Condado de libertad condicional; \_\_\_\_\_ Dirección postal: \_\_\_\_\_

Para los fines específicos: **Cumplimiento del tratamiento SU y MH para los requisitos de corte, libertad condicional y libertad condicional y continuidad de la atención**

Información específica a divulgar: **Resumen de alta -SU/MH Evaluación-Plan de Servicio-Diagnóstico-Evaluación Psiquiátrica-Asistencia y Cita Información-Comunicación verbal y escrita sobre el estado del cliente con tratamiento recomendado--Antecedentes de Medicación-Análisis de Orina-Recomendaciones**

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

Entiendo que si no se especifica una fecha de vencimiento o condición, esta autorización es válida por el período de tiempo necesario para cumplir su propósito por un máximo de un año, excepto para las revelaciones de transacciones financieras, donde la autorización es válida indefinidamente. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y que se me pedirá que firme la Sección de Revocación a continuación. Además, entiendo que toda medida adoptada en relación con esta autorización antes de la fecha de rescisión es legal y vinculante.

Entiendo que mi información no puede ser protegida de divulgación por el solicitante de la información; Sin embargo, si esta información está protegida por el Reglamento Federal de Confidencialidad de Abuso de Sustancias, el destinatario no puede volver a divulgar dicha información sin mi permiso por escrito, 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. Pts. 160 & 164 y no puede ser revelada a menos que estipuladas por la ley. Además 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 información relacionada con la infección por VIH, el SIDA o las condiciones relacionadas con el SIDA, enfermedades transmisibles, abuso de alcohol, abuso de drogas, condiciones psicológicas o psiquiátricas, o pruebas genéticas, esta divulgación incluirá que Información. La información sobre el VIH/SIDA solo se divulga de conformidad con las Leyes de Enfermedades Transmisibles (GS130A-143).

Yo también entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que al negarme 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) entiendo(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*