

Medicaid #: _____ MR#: _____

Client Name/Nombre del cliente: _____ Date of Birth/fec. Nac.: _____

Autorización Para Revelar Información De Salud

Yo, _____ con este documento, autorizo a _____
(cliente o representante personal)

_____ DAYMARK RECOVERY SERVICES (Nombre del proveedor/plan) A divulgar/intercambiar información médica específica de los registros del cliente mencionado anteriormente, registros del cliente mencionado anteriormente, hacia/desde:

MAKO Medical
8461 Garvey Drive
Raleigh, NC 27616
Teléfono: (844) 625-6522

Para los propósitos específicos: **Examen de orina**

Información específica para ser revelada: **demografía, Numero del SS, historial médico#, información sobre seguros, medicamentos, consumo de sustancias, y el diagnóstico(es).**

I understand that this authorization will expire on the following date, event or condition: _____.

Entiendo que si no especifico una fecha o condición de vencimiento, esta autorización es válida durante el período de tiempo necesario para cumplir su propósito por hasta un año, excepto para 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 se me pedirá que firme la Sección de Revocación a continuación. Además entiendo que cualquier acción sobre esta autorización antes de la revocada fecha es legal y vinculante.

Entiendo que mi información no puede ser protegido de redisclosure por el solicitante de la información; sin embargo, si esta información está protegida por la Ley Federal de Abuso de Sustancias las regulaciones de confidencialidad, el destinatario no podrá volver a divulgar tal información sin mi autorización por escrito, salvo disposición en contrario de la ley estatal o federal.

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(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

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