



en español

Name: _____

MRN: _____

Authorization for Releasing and/or Requesting Information

1657 Merrimac Trail, Williamsburg, VA 23185 • (757) 220-3200 • Fax (757) 229-7173

3804 George Washington Memorial Hwy, Yorktown, VA 23692

• (757) 898-7926 • Fax (757) 898-4505

921 Capitol Landing Road, Williamsburg, VA 23185 • (757) 253-4074 • Fax (757) 253-4018

GWCAC • 921 Capitol Landing Road, Williamsburg, VA 23185

• (757) 253-4047 • Fax (757) 253-4197

I, _____
Individual's Full Legal Name Last 4 SSN Date of Birth

authorize Colonial Behavioral Health to ☐ disclose to and/or to ☐ receive from:

Name of Individual and/or Organization (to whom disclosure is to be made)

Street Address

City/State/Zip

The following information for the treatment period of: _____



Name: _____

MRN: _____

Authorization for Releasing and/or Requesting Information

- | | |
|---|--|
| ☐ Discharge Summary | ☐ Medical History & Emergency Medical Information |
| ☐ Intake Summary/Mental Status Assessment | ☐ Social History & Behavioral Observations |
| ☐ Lab Results | ☐ Verbal/Written Information Regarding Progress in Treatment |
| ☐ Psychiatric Consults/Notes | ☐ All Confidential School Information Regarding Progress in Treatment |
| ☐ Medication(s) Prescribed | ☐ Audio-video Recordings, Photographs, Digital or Other Images (specify): _____ |
| ☐ Diagnoses | |
| ☐ Progress Notes | |
| ☐ Treatment Plans | |
| ☐ Substance Use Information | ☐ Billing/Reimbursement Information |
| ☐ Psychological and/or Psychiatric Testing | ☐ Other (specify): _____ |

The purpose for the disclosure of this information:

- | | |
|--|---|
| ☐ Follow up Medical Care | ☐ My Personal Record/Use |
| ☐ Treatment Planning/Coordination of Services | ☐ Other (specify): _____ |

As the person signing this consent, I understand that I am giving my permission to the above-named provider to disclose my confidential health care records that may include medical, psychiatric, HIV/AIDS and substance use information. I also understand that I have the right to revoke this consent at any time, except to the extent that action has been taken in reliance on it, but that my revocation is not effective until delivered in writing to the person who is in possession of my records.

Name: _____

MRN: _____

Authorization for Releasing and/or Requesting Information

I understand that the health care entity may not condition treatment or payment on my willingness to sign this authorization unless the specific circumstances under which such conditioning is permitted by law are applicable and are set forth in this authorization. A copy of this authorization concerning the person or agency to which disclosure was made shall be included with my original health records.

If not previously revoked this authorization will terminate one (1) year from the date of signature or until no longer reasonably necessary to accomplish the purpose for which it is given or specific date or event: _____

Comments:

Signature of Individual_____
Date_____
Time_____
Signature of Parent/Guardian/AR_____
Date_____
Time_____
Signature of Witness_____
Date_____
Time

Name:

MRN:

Authorization for Releasing and/or Requesting Information

NOTICE TO THE RECIPIENT OF THIS INFORMATION - REDISCLOSURE PROHIBITION:

This information has been disclosed to you from records whose confidentiality may be protected by federal law. Federal regulation (42 CFR Part 2) prohibits the receiving agency from making any further disclosure of this information without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by such regulations.

A general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to investigate or to prosecute any alcohol or drug use patient. If you give written consent to re-disclose your information by the recipient, it may no longer be protected by federal and state laws.

*Photocopies and faxes of this form may be accepted in lieu of the original.

Nombre:

N.º de historia clínica:

Autorización para divulgar o solicitar información

1657 Merrimac Trail, Williamsburg, VA 23185 • (757) 220-3200 • Fax (757) 229-7173

3804 George Washington Memorial Hwy, Yorktown, VA 23692

• (757) 898-7926 • Fax (757) 898-4505

921 Capitol Landing Road, Williamsburg, VA 23185 • (757) 253-4074 • Fax (757) 253-4018

GWACAC • 921 Capitol Landing Road, Williamsburg, VA 23185

• (757) 253-4047 • Fax (757) 253-4197

Yo, _____
Nombre legal completo de la persona Últimos 4 núm. Fecha de nacimiento
del Seguro Social

autorizo a Colonial Behavioral Health a ☐ divulgar a o ☐ recibir de:

Nombre de la persona u organización (a la que se debe hacer la divulgación)

Dirección Ciudad/estado/código postal

La siguiente información para el período de tratamiento del: _____

Nombre:

N.º de historia clínica:

Autorización para divulgar o solicitar información

- | | |
|---|--|
| ☐ Resumen del alta | ☐ Antecedentes médicos e información médica de emergencia |
| ☐ Resumen del ingreso/evaluación del estado mental | ☐ Antecedentes sociales y observaciones del comportamiento |
| ☐ Resultados de laboratorio | ☐ Información verbal/escrita relativa al progreso en el tratamiento |
| ☐ Consultas/notas psiquiátricas | ☐ Toda la información escolar confidencial relativa al progreso en el tratamiento |
| ☐ Medicamentos recetados | ☐ Grabaciones de audio-video, fotografías, imágenes digitales o de otro tipo (especifique): _____ |
| ☐ Diagnósticos | ☐ Información de facturación/reembolso |
| ☐ Notas de progreso | ☐ Otros (especifique): _____ |
| ☐ Planes de tratamiento | |
| ☐ Información sobre consumo de sustancias | |
| ☐ Pruebas psicológicas o psiquiátricas | |

El propósito de la divulgación de esta información:

- | | |
|---|---|
| ☐ Seguimiento de atención médica | ☐ Mi registro/uso personal |
| ☐ Planificación del tratamiento/ coordinación de servicios | ☐ Otros (especifique): _____ |

Como la persona que firma este consentimiento, entiendo que estoy dando mi permiso al proveedor antes mencionado para divulgar mis registros de atención médica confidenciales, que pueden incluir información médica, psiquiátrica, de VIH/sida y consumo de sustancias. También entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basadas en él, pero que mi revocación no será efectiva hasta que se entregue por escrito a la persona que esté en posesión de mis registros.

Versión 2.0

Id. del formulario: ROI

La fecha y hora aparecen impresas al pie de página de este documento.

Confidencial

Nombre: _____

N.º de historia clínica: _____

Autorización para divulgar o solicitar información

Entiendo que la entidad de atención médica no puede condicionar el tratamiento o el pago a mi voluntad de firmar esta autorización, a menos que las circunstancias específicas bajo las cuales este condicionamiento esté permitido por ley sean aplicables y se establezcan en esta autorización. Debe incluirse una copia de esta autorización relativa a la persona o agencia a la que se divulgó la información con mis registros de salud originales.

Si no se revoca antes, esta autorización tendrá vigencia de un (1) año a partir de la fecha de la firma o hasta que ya no sea razonablemente necesaria para lograr el propósito para el cual se otorga o hasta la fecha o evento específico: _____

Comentarios:

Firma de la persona_____
Fecha_____
Hora_____
Firma del padre o madre/tutor/representante autorizado_____
Fecha_____
Hora_____
Firma del testigo_____
Fecha_____
Hora

Nombre:

N.º de historia clínica:

Autorización para divulgar o solicitar información

NOTIFICACIÓN PARA EL DESTINATARIO DE ESTA INFORMACIÓN - PROHIBICIÓN DE NUEVA DIVULGACIÓN:

Esta información le ha sido divulgada a partir de registros cuya confidencialidad puede estar protegida por la ley federal. La regulación federal (Título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR], parte 2) prohíbe que la agencia receptora realice más divulgaciones de esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permitido por estas regulaciones.

Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar a un paciente que consuma alcohol o drogas. Si usted da su consentimiento por escrito para que el destinatario vuelva a divulgar su información, es posible que esta ya no esté protegida por las leyes federales y estatales.

*Se pueden aceptar fotocopias y faxes de este formulario en lugar del original.