

Name:

MRN:

Authorization for Releasing and/or Requesting Information

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

The purpose for the disclosure of this information:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Follow up Medical Care | <input type="checkbox"/> My Personal Record/Use |
| <input type="checkbox"/> Treatment Planning/Coordination of Services | <input type="checkbox"/> Other (specify): _____ |
| <input type="checkbox"/> Treatment, Payment and Operations (TPO) | |

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.

If your records are disclosed for treatment, payment, and operations (TPO) your records, including your substance use records, can be further redisclosed as permitted by federal and state laws, including Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).

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

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

El propósito de la divulgación de esta información:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Seguimiento de atención médica | <input type="checkbox"/> Mi registro/uso personal |
| <input type="checkbox"/> Planificación del tratamiento/ coordinación de servicios | <input type="checkbox"/> 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.