

INFORMACIÓN A DIVULGAR - marque todo que aplique (DISCLOSURE IS REQUIRED FOR-check all that apply):

Autorizo la divulgación de mis registros con fecha _____ a _____.
(I authorize the release of my records dated from / to)

Registros de paciente ambulatorio
(Outpatient records)

Registro de paciente hospitalizado
(Inpatient records)

ES NECESARIO INICIAL AL MENOS UNO

(Initial at least one is required)

Salud del comportamiento /física (Mental/Physical Health) Información relacionada con VIH (HIV Related Information) Trastorno por uso de sustancias (Substance Use Disorder)

Evaluaciones (Assessments) CANS Evaluaciones (CANS Assessments)

Evaluación psicológica (Psychological Evaluations)

Notas de progreso/historial (Progress Notes/History)

Informe de alta (Discharge Summary)

Evaluaciones psiquiátricas (Assessments) Diagnostico (Diagnosis)

Planes de tratamiento y actualizaciones (Treatment Plans)

Consultas (Consultations)

Documentación de colocación (Placement Documentation)

Registros escolares (School Records) _____

Resultado del laboratorio (Lab Results)

Expedientes tribunales/policiales (Court / Police Records)

Alergias y vacunas (Allergies and Immunizations)

Lista de medicamentos (Medication List)

Problemas de colocación y actualizaciones (Placement Issues and Updates)

Otro, especifique (Other, specify) _____

Nombre de cliente: _____ **FDN:** _____ **Identificación de cliente:** ____
(Client Name) (DOB) (Client ID)

VENCIMIENTO DE AUTORIZACIÓN (EXPIRATION OF AUTHORIZATION):

Esta autorización vence el _____ o automáticamente un año después de la firma.
(This authorization will expire on) Fecha/Date (or automatically one year after signing).

AVISO DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN (NOTICE OF RIGHTS AND OTHER INFORMATION):

Al firmar esta autorización entiendo que (By signing this authorization I understand that):

- Entiendo que esta autorización es voluntaria y no necesito firmar para recibir tratamiento, inscribir para servicios, o por pago de mi cuidado de salud.
(I understand that this authorization is voluntary and I do not need to sign in order to receive treatment, enroll in services, or for payment for my health care).
- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización y recibir una lista de divulgaciones dentro de los últimos seis años. Una copia de esta autorización es válida como la original.
(I have a right to receive a copy of this authorization and receive a list of disclosures within the last six years. A copy of this authorization is as valid as the original)
- Esta autorización esta efectiva de inmediato. Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Yo entiendo que la revocación debe ser por escrito por mi o de mi parte y entregado al departamento de registros. La revocación no aplicara a información que ya se ha divulgado a respuesta de esta autorización.
(This authorization is effective immediately. I may revoke this authorization at any time. I understand revocation must in writing, signed by me or on my behalf and delivered to the records department. Revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization.)
- Entiendo que entidades que reciben información sobre me salud bajo esta autorización no pueden ser obligadas a seguir las mismas reglas de privacidad que la entidad que comparte la información y podría volver a divulgar mi información médica. Sin embargo, si la información relacionadas con trastornos de abuso de sustancias o tratamiento del VIH/SIDA es compartida, esa información no puede volver a divulgarse excepto con otra autorización.
(I understand that entities that receive my health information under this authorization may not be required to follow the same privacy rules as the entity that shared the information and could redisclose my health information. However, if information related substance abuse disorders or HIV/AIDS treatment is shared, that information cannot be re-disclosed except with another authorization.)
- Entiendo que compartir mi información de salud debe ser consistente con todas las regulaciones estatales y federales relacionadas con la protección de registros juveniles.
(I understand sharing of my health information shall be consistent with all state & federal regulations concerning protection of juvenile records.)
- Los requisitos de registro de trastornos por uso de sustancias prohíben que la información obtenida en respuesta a esta autorización se utilice para el procesamiento en mi contra y no se puede volver a divulgar sin el consentimiento del paciente, excepto en circunstancias específicas descritas en la reglamentación 42 CFR Parte 2. (I understand that substance use disorder record requirements prohibit the information obtained in response to this authorization to be used for prosecution against me and cannot be redisclosed without the patient's consent, except under specific circumstances outlined in regulation 42 CFR Part 2.)

FIRMAS (SIGNATURES):

Nombre en letra de molde (Print Name)

Firma (Signature)

Fecha (Date)

Si el representante legal del cliente firmo, declare relación y autoridad para hacerlo

(If signed by Client's Legal Representative, state relationship and authority to do so):

Firma del joven:

(Youth Signature) _____

Fecha (Date)

Firma de testigo - requerido solo para jóvenes (Witness Signature -required only for youth):

Nombre en letra de molde (Print Name)

Firma (Signature)

Fecha (Date)

Es posible que se requiera documentación legal para verificar que usted es el padre, tutor, ejecutor de testamento o tienen autoridad para tomar decisiones médicas para el cliente.

(Legal documentation may be required to verify that you are the parent, conservator, guardian, executor of a decedents will or have medical decision-making authority for the client).

Esta autorización cumple con CA WIC, §5328 para LPS registro protegidos, 42 U.S.C. §290dd-3 & CFR, parte 2, regulaciones de abuso de sustancias y confidencialidad del acto de información médica, CC § 56 et seq, & H&S código § 199.21-199.40, and HIPAA vea estándares de privacidad 45 CFR §164.508). This release complies with CA WIC, §5328 for LPS Protected Records, 42 U.S.C. §290dd-3 & CFR, Part 2, Substance Abuse Regulations &Confidentiality of Medical Info Act, CC § 56 et seq, & H&S code § 199.21-199.40, and HIPAA Privacy Stds see 45 CFR §164.508)