



ROIA _____

EFFC. DATE _____

Autorización para usar y divulgar información médica protegida

A menos que se revoque, esta autorización permanecerá vigente en toda la agencia y en todo el programa durante la duración de mi tratamiento y treinta días después del alta para coordinar la atención o hasta: _____

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Persona / Organización para divulgar información a _____

Número de teléfono: _____ FAX: _____ Dirección: _____

2. La información se utilizará en mi nombre para divulgar y recibir información para los siguientes fines:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Revisión de Evaluación | <input type="checkbox"/> Remisión de tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Coordinación de Atención | <input type="checkbox"/> Todo lo anterior |
| <input type="checkbox"/> Planificación del tratamiento | |

De acuerdo con HIPAA 42CFR Por favor enumere cualquier información específica que le gustaría revelar _____

3. Al **poner mis iniciales** en los espacios a continuación autorizo la divulgación de los siguientes registros médicos protegidos:

- ▶ _____ Revelar información de alcohol y drogas
Iniciales
- ▶ _____ Revelar información de salud mental y / o medicamentos
Iniciales
- ▶ _____ Revelar información sobre el VIH / SIDA
Iniciales

4. La ley federal o estatal requiere que la información de pruebas genéticas de VIH / SIDA, salud mental, drogas / alcohol o genéticas no sea divulgadas nuevamente. Entiendo que esta información puede ser compartida por teléfono, fax, correo electrónico, por escrito o en persona. Entiendo que puedo revocar (es decir, retirar) esta autorización por escrito o verbalmente en cualquier momento. Si revoco mi autorización, la información descrita anteriormente ya no podrá utilizarse ni divulgarse con el propósito descrito en este formulario. Si LifeWorks NW ya ha usado o divulgado información debido a esta autorización, no se puede deshacer. Esta información ha sido divulgada a Lifeworks NW cuya confidencialidad está protegida por la ley federal. La regulación federal (42 CFR, Parte 2) le prohíbe divulgarla sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o de cualquier otra forma permitida por dicha regulación. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente que abuse del alcohol o las drogas.

Firma del cliente o guardian legal

Fecha de la Firma

Relación con el cliente si la firma es del guardian legal

Razón por la que el cliente no puede firmar