



ROIA \_\_\_\_\_

EFFC. DATE \_\_\_\_\_

## Autorización para usar y divulgar información médica protegida

A menos que se revoque, esta autorización permanecerá vigente durante la duración de mi tratamiento y treinta días después del alta para coordinar la atención oh hasta: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Persona / Organización para divulgar información a \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

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

Revisión de Evaluación

Remisión de tratamiento

Coordinación de Atención

Todo lo anterior

Planificación del tratamiento

Por favor enumere cualquier información específica que le gustaría revelar \_\_\_\_\_

3. Al **iniciar** los espacios a continuación autorizo la divulgación de los siguientes registros medicos protegidos:

▶ \_\_\_\_\_ Revelar información de alcohol y drogas  
Initial here

▶ \_\_\_\_\_ Revelar información de salud mental y / o medicamentos  
Initial here

▶ \_\_\_\_\_ Revelar información sobre el VIH / SIDA  
Initial here

4. La ley federal o estatal requiere que la información de pruebas genéticas de VIH / SIDA, salud mental, drogas / alcohol o genéticas no sea divulgada 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 a cual que la confidencialidad está protegida por la ley federal. La regulación federal (42 CFR, Parte 2) le prohíbe hacer más divulgación de la misma sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permita dicha normativa. 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 penalmente o procesar a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas. **Para mantener la salud y la seguridad de nuestro personal y consumidores de acuerdo con CDC, Federal, y directrices estatales para reducir la propagación de COVID-19. El cliente proporcionó autorización verbal y está firmando electrónicamente.**

\_\_\_\_\_  
Electronica/verbal 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