



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 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:

? Revisión de Evaluación

? Remisión de tratamiento

? Coordinación de Atención

? Todo lo anterior

? 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:

y _____ Revelar información de alcohol y drogas
Iniciales

y _____ Revelar información de salud mental y / o medicamentos
Iniciales

y _____ 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 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