



Autorización

Para Usar y Divulgar Información Privada de su Salud (PHI)

VBH # _____

Todos las secciones deben ser completadas.

Nombre: _____ FDN: _____
 Dirección: _____ Sin Hogar Casa# _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Celular# _____

Valley Behavioral Health (VBH) sigue regulaciones de confidencialidad estatal y federales que prohíben la divulgación de información acerca de usted sin su permiso o como otra manera permitido o requerido por la ley. Ver aviso de la salud mental del VBH de las prácticas de privacidad. Registros de tratamiento de abuso de sustancias (SUD) tienen protecciones de privacidad adicionales (42 CFR Parte 2) Entiendo que uso y la divulgación significa compartir de mis registros médicos, incluyendo las comunicaciones verbales, escritas y electrónicas. Yo doy permiso para VBH y la persona u organización a continuación compartir mi médica, salud mental, salud del comportamiento o registros de tratamiento de abuso de sustancias. VBH no volver a divulgar PHI recibió de 3rd proveedores, entidades y organismos, excepto cuando sea requerido por ley.

NOMBRE O IDENTIFICACION ESPECIFICA DE PERSONA(S) AUTORIZADAS PARA RECIBIR/HACER EL USO O LA DIVULGACION SOLICITADO:

Agencia/Nombre _____ Att _____
 Dirección: _____ TELEFONO: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ FAX: _____
 Email: _____

PROPOSITO: Por favor marque el propósito de revelar: *La comunicación bidireccional está autorizada al firmar este formulario de liberación.*

Coord. de Cuidado) Legal/Tribunal Ordeno por Corte Probatoria Personal /Familia Colegio
 Elegibilidad/Coord. Discapacidad a corto/largo plazo Pago de facturación Otro: _____

EXPIRACION: Una sola vez 6 meses Final de tratamiento de VBH *1 ano partir de la fecha firmado, si ninguna opción es marcada*

DESCRIPCION DE LA INFORMACION A SER USADA O DIVULGADA:

Todos los Registros Notas del Progreso Evaluaciones/Diagnostico Notas de Medicinas y enfermeras Plan de Cuidadi
 Notas de Grupos Facturación Examen de Drogas A&D (required) Descarga Otro: _____

AVISO AL CLIENTE: Firmar este formulario es voluntario y no es necesario recibir servicios con VBH. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Para revocar esta autorización, completar y enviar formulario de carta de revocación escrita de VBH. Revocación verbal puede respetarse para drogas o alcohol registros de tratamiento solamente. Si soy ordenado por el tribunal y poner fin a esta autorización, entiendo esto afectará mi reputación con los tribunales y los tribunales serán notificados de mi revocación. Revocación no incluirá ninguna información ya compartida en dependencia de esta autorización. Entiendo que cualquier divulgación de esta información tiene el potencial para una re-divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Entiendo que mi información médica está protegida bajo los reglamentos federales de confidencialidad de Alcohol y abuso de drogas (SUD) paciente registros, 42 C.F.R. parte 2 que re-la divulgación está prohibida y el Health Insurance Portability y Accountability Act de 1996 (HIPAA) 45 C.F.R. partes 160 y 164 y no puede divulgarse sin mi consentimiento por escrito salvo disposición en contrario en el Reglamento. Si se trata de un menor en un programa de tratamiento de abuso de sustancias (SUD), ambos menores y los padres / tutor debe firmar el formulario. Un padrastro no puede firmar este formulario de consentimiento escrito notariado del padre legal/custodia del cliente menor de edad. "Padre" no es el tutor legal y no puede firmar este formulario. La solicitud puede tomar 30 días para completar y cargos se aplicarán.

ACCESO A MI EXPEDIENTE: Entiendo que puedo solicitar una copia de mi registro. Mi proveedor revisará mi petición y la solicitud puede ser negada si los registros se encuentran perjudicial para mí, mi tratamiento u otros. Entiendo que puedo hacer una cita con mis proveedores para discutir esta decisión y revisar mis archivos haciendo una cita. La solicitud puede tomar 30 días para completar y cargos se aplicarán.

Al firmar este formulario leído y acepto todas las piezas de esta forma.

Client Signature ► _____ Date ► _____
 Representative Signature ► _____ Date ► _____
 Representative Name (print) ► _____ Relationship ► _____
 Witness Signature ► _____ Date ► _____

HSSC MEDICAL RECORDS CONTACT INFORMATION

Address: 4460 SOUTH HIGHLAND DRIVE, SUITE 320, SALT LAKE CITY, UTAH, 84024 Phone: 801-273-6425 Fax :801-424-4043

Copy Given to Client: Yes Declined Verified By: Other License Other ID Known to VBH