



# AUTORIZACION para divulgar información

Nombre de Cliente: _____	VBH ID#: _____
Otros nombres usados: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____	Ciudad/Estado: _____ Postal: _____
Número telefónico: _____	Correo electrónico: _____

**Autorización para divulgar la información de salud protegida a:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_  
 (El nombre de contacto es obligatorio para las entidades proveedoras que no reciben tratamiento.)

Agencia: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Postal: \_\_\_\_\_

**Entrega de registros por:**  Yo Recogeré las copias  Correo  Fax  Correo electrónico

**Esta autorización es para:**  Un uso Futuro  Divulgar Ahora  Solo comunicación bidireccional

**El propósito de pedir:**  Coordinación de cuidados  Legal  Personal  Otra (debe especificar) \_\_\_\_\_

**Información para ser divulgada:**

*Información de salud mental del paciente:*  Evaluación/Diagnostico  Plan de cuidado  Notas de la terapia individuales  Notas de medicación  Facturas  Otra (debe especificar) \_\_\_\_\_

*Registros de desorden de uso de la sustancia:*  Evaluación/Diagnostico  Plan de cuidado  Notas de la terapia individuales  Notas de medicación  Facturas  Otra (debe especificar) \_\_\_\_\_

**Fechas de servicio que se divulgaran:**  todas las fechas  Rango de fechas específico \_\_\_\_\_

**Vencimiento de la autorización:** Si no se marca ninguna opción, esta autorización vencerá 1 año después de la fecha de la firma.  Divulgación de 1 sola vez  Otra (debe especificar evento o fecha) \_\_\_\_\_

**Yo entiendo que:**

- Puedo solicitar una copia de mi registro. Mi (s) proveedor (es) revisarán mi solicitud y la solicitud puede ser negada si se descubre que los registros son perjudiciales para mí, mi tratamiento u otros. Puedo hacer una cita con mis proveedores para analizar esta decisión. Las solicitudes pueden demorar hasta 30 días en completarse y se pueden aplicar cargos.
- Los registros médicos y de salud mental están protegidos por las leyes y reglamentaciones de confidencialidad federales y estatales y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que se estipule lo contrario en dichas leyes y reglamentaciones.
- Los registros de trastorno por uso de sustancias (SUD) están protegidos por 42 CFR Parte 2 y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que las leyes y regulaciones federales y estatales de confidencialidad dispongan lo contrario.
- Este formulario es voluntario y no se requiere para recibir servicios con Valley Behavioral Health a menos que el propósito del tratamiento sea proporcionar información a la persona / entidad identificada en esta Autorización.
- Esta autorización se puede revocar en cualquier momento completando y presentando una Carta de revocación. Si esta autorización es para un tratamiento ordenado por la corte, no se puede revocar. La revocación no incluirá ninguna información ya compartida en función de esta autorización.
- Cualquier divulgación de esta información tiene el potencial de una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Valley Behavioral Health no vuelve a divulgar la PHI recibida de proveedores, entidades y / o agencias de terceros, excepto donde lo exija la ley.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Representante

\_\_\_\_\_  
Autoridad del representante

VBH Medical Records Contact Information: 4460 S Highland Drive, Suite 320, Salt Lake City, UT, 84124; P: 801-273-6425, F: 385-388-8670			
Copy given to client: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Declined	Verified by: <input type="checkbox"/> License <input type="checkbox"/> Other ID <input type="checkbox"/> Known to VBH	MRF 2-2020	