



Servicios comunitarios de New River Valley
700 University City BLVD
Blacksburg, VA 24060

Cliente Nombre:

Fecha de Nacimiento:

NRVCS MRN:

Autorización para la divulgación de información médica protegida

Fecha:

Yo, , por la presente autorizo a New River Valley Community Services a divulgar y recibir la siguiente información de salud

protegida no se indica a continuación (marque todo lo que aplicar):

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones | <input type="checkbox"/> Tratamiento de | <input type="checkbox"/> Exámenes de detección | <input type="checkbox"/> Notas de progreso Resumen de alta Informes |
| <input type="checkbox"/> Notas sobre el tratamiento | <input type="checkbox"/> evaluaciones | <input type="checkbox"/> previos a la admisión de VA | <input type="checkbox"/> de servicios |
| <input type="checkbox"/> psiquiátrico Listado de | <input type="checkbox"/> psiquiátricas Plan | <input type="checkbox"/> Revisión del plan de | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> servicios prestados | <input type="checkbox"/> Resultados de | <input type="checkbox"/> tratamiento Resultados de la | <input type="checkbox"/> cumplimiento |
| <input type="checkbox"/> Resumen de medicamentos | <input type="checkbox"/> laboratorio | <input type="checkbox"/> prueba de detección de | |
| | <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> drogas | |
| | (especificar) | | |

Desde dentro de los siguientes parámetros de fecha:

Todas las fechas

De:

A:

A (persona u organización cuya divulgación se autoriza anteriormente):

Name or Organization: _____

Address: _____

City, State Zip: _____

Phone: _____

Fax: _____

A fin de:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Treatment planning | <input type="checkbox"/> Coordinate care | <input type="checkbox"/> Report on progress | <input type="checkbox"/> Referral for other treatment |
| <input type="checkbox"/> Inform other of treatment status | <input type="checkbox"/> Verify compliance | <input type="checkbox"/> Legal consult/hearing | <input type="checkbox"/> Determine disability |
| <input type="checkbox"/> Vocational | <input type="checkbox"/> At the request of the individual | <input type="checkbox"/> Other (specify) | _____ |

Entiendo que la información autorizada para divulgación arriba puede contener:

- *Información sobre el tratamiento por uso de sustancias *Información sobre tratamientos de salud mental concurrentes que pueden incluir tratamientos por uso de sustancias.
- Información relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

* AVISO: La información aprobada para su divulgación con base en esta autorización puede estar protegida por las Regulaciones Federales (42 CFR Parte 2), que prohíben que un destinatario haga más divulgaciones de información sobre el tratamiento por abuso de alcohol o sustancias a menos que esté expresamente permitido por una autorización escrita de la persona para a quien pertenece o su representante legal o de otro modo permitido por 42 CFR Parte 2. Estas Regulaciones Federales también restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier cliente de abuso de alcohol o drogas. 42 CFR Parte 2 permite solo divulgaciones limitadas sobre clientes fallecidos cuando lo exigen las leyes

federales o estatales para la recopilación de estadísticas vitales o una investigación sobre la causa de muerte.

Como persona que firma esta Autorización, entiendo:

- Doy mi permiso a New River Valley Community Services para revelar mi información confidencial de salud. registros.
- Que mi firma de esta Autorización es voluntario.
- Mi información de salud está protegida por la privacidad federal HIPAA. regulaciones.
- Si la organización autorizada para recibir la Información no es un plan de salud, una cámara de compensación de atención médica o un proveedor de atención médica cubierto por las regulaciones federales de privacidad, es posible que la Información divulgada ya no esté protegida contra uso o divulgación posterior por las regulaciones federales de privacidad y puede estar sujeta a una nueva divulgación. por el destinatario(s).
- El personal de New River Valley Community Services no puede condicionar el tratamiento, el pago o la inscripción a la firma de este Autorización.
- Una fotocopia de esta Autorización es tan válida como el original, y que tengo derecho a una copia de esta Autorización.
- Se pueden utilizar copias impresas o electrónicas de mis registros para facilitar la divulgación de mis información.
- Entiendo que puedo ver y recibir una copia de la Información descrita en esta Autorización si la solicito en escribiendo.
- Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar este Autorización.
- Este consentimiento caduca automáticamente al año de la fecha de su firma, salvo que se indique lo contrario. abajo:

Esta autorización expirar en _____ (esta fecha no puede ser mayor a un año desde la fecha de la firma abajo).

- Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento firmando y fechando una solicitud formal, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basándose en ella.

Firma del cliente

FECH
A

*Firma del representante personal

FECHA

Ciente Impreso Nombre

Representante Personal Impreso Nombre

Nombre impreso del personal de NRVCS
(si corresponde)

*Consulte el registro del cliente para obtener evidencia de la autoridad del representante del cliente.