

Programas de Buckelew Autorización del cliente para el uso o divulgación de la información médica protegida (PHI)

Al completar este documento se autoriza a Buckelew Programs, 201 Alameda Del Prado Suite 103 Novato, CA 94949 y a todos los sitios de sus programas a divulgar y/o utilizar información de salud individualmente identificable como se establece a continuación, de acuerdo con las leyes federales y de California relativas a la privacidad de dicha información. **El hecho de no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta Autorización.**

Fecha de hoy:

Nombre legal del cliente:

Apellido legal del cliente:

D.O.B:

Número de identificación del cliente:

Esta autorización se aplica a la siguiente información (seleccione todas las que correspondan):

Registros de salud mental, incluidos los registros protegidos por la Ley Lanterman-Petris Short.

Registros de enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Registros del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Registros de pruebas genéticas.

Sólo la siguiente información de salud (por favor, especifique)

Sólo para el Condado de Marin:
Autorizo la divulgación de mi PHI a las siguientes agencias, entidades/instalaciones y/o proveedores de atención médica del Condado de Marin (Marque todas las que correspondan)

Hospital General de Marin

Oficina del Guardián Público

Servicios de Veteranos de HHS

Clinicas de la Comunidad de Marin

Servicios de Salud Mental de HHS

Servicios de Uso de Sustancias del HHS

Clínicas Médicas del HHS

Homeward Bound

Acción Comunitaria Marin

Otra agencia de Marin

Otra agencia de Marin

Intervalo de fechas específico Desde-Hasta:

Especifique cualquier instrucción sobre el uso o la divulgación de su información médica:

La fecha de caducidad será de un año a partir de esta autorización, a menos que se proporcione una fecha alternativa.

RESTRICCIONES

La ley de California prohíbe al solicitante hacer más divulgación de mi información de salud protegida a menos que el Solicitante obtenga otra autorización mía, o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

MIS DERECHOS

Puedo negarme a firmar esta Autorización. Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica protegida que se me pide que revele. Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización. Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento. Mi revocación debe hacerse por escrito y enviarse a mi clínica/equipo clínico principal.

Mi revocación será efectiva al recibirla, pero no será efectiva en la medida en que el solicitante u otros hayan actuado en base a esta Autorización.

El tratamiento, el pago, la inscripción y/o la elegibilidad para los beneficios no se basarán en que yo haya proporcionado, o me haya negado a proporcionar, esta Autorización.

Por favor, envíen mi información sanitaria a:

Nombre de la persona/organización:

Fax#:

Teléfono#:

Dirección:

Dirección de correo electrónico:

La ley de California prohíbe a los receptores de su información médica volver a divulgar dicha información, excepto con su autorización por escrito o según lo requiera o permita específicamente la ley. Si usted ha autorizado la divulgación de su información médica a una persona que no está obligada legalmente a mantenerla confidencial, ésta puede volver a divulgarse y dejar de estar protegida.

Nombre:

Firma: