

ROI ACTUALIZADO:

Nombre del cliente: _____ Número de Seguro Social/ID del cliente: _____

Autorización para la divulgación de información

Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social _____

Partes divulgadoras y receptoras

Río Cumberland Ubicación: _____

Ubicación exterior: _____

Divulgación de información a/desde:

- ☐ Divulgación de información de CRBH
- ☐ Divulgación de información a CRBH
- ☐ Divulgación de información desde y hacia CRBH

Indique la información específica que se EXCLUIRÁ de esto autorización si la hubiera (Marque con una X si hay alguna exclusión)

- ☐ Registros de drogas y alcohol
- ☐ Registros de salud mental
- ☐ Registros de VIH/SIDA
- ☐ Registros de enfermedades infecciosas

Fechas de tratamiento hasta la liberación

- ☐ Todos y cada uno de los registros
- ☐ Rango de fechas

De: _____ A: _____

Explique (Esta área es para “¿Por qué está divulgando información?”)

Por la presente autorizo la divulgación de la siguiente información específica. (Marque «Sí» o «No» para autorizar o denegar) divulgación de cada formulario de registro médico.

Evaluación de admisión

- ☐ Sí ☐ No

Evaluación psiquiátrica, evaluación psicológica

- ☐ Sí ☐ No

Evaluaciones (por ejemplo, AIMS, CANS, ANSA, NOMS)

- ☐ Sí ☐ No

Registro de medicamentos/inyecciones

- ☐ Sí ☐ No

Resumen del alta/Documento de continuidad de la atención

- ☐ Sí ☐ No

Notas de progreso

- ☐ Sí ☐ No

Pruebas de laboratorio

- ☐ Sí ☐ No

Historial de actividades

- ☐ Sí ☐ No

Plan de atención

- ☐ Sí ☐ No

Información de facturación

- ☐ Sí ☐ No

Nombre del cliente: _____

Número de Seguro Social/ID del cliente: _____

Otro

☐ Sí

☐ No

Explicar Otros:

Entiendo que esta información se utilizará para los siguientes fines específicos: (Marque "X" debajo de "Sí" o "No" para indicar el propósito de la divulgación).

Desarrollar un plan de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

☐ Sí

☐ No

Coordinar el proceso de rehabilitación médica, psicológica y social.

☐ Sí

☐ No

Para determinar la elegibilidad o procesar reclamos de seguros por servicios prestados

☐ Sí

☐ No

Procedimientos judiciales

☐ Sí

☐ No

Solicitud del cliente

☐ Sí

☐ No

Otro

☐ Sí

☐ No

Especificar otro:

Entiendo que mis registros están protegidos por las leyes y/o regulaciones de confidencialidad estatales y federales, y que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la(s) persona(s) que la reciben y ya no está protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Además, entiendo que estos registros no se divulgarán sin mi autorización por escrito, a menos que los estatutos, normas o reglamentos estatales o federales lo permitan.

Autorizo el uso de una fotocopia, fax o presentación escaneada de este formulario como un original válido para la divulgación o divulgación de la información descrita anteriormente.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento de Cumberland River.

Esta autorización caduca automáticamente un año después de la fecha en que la firme. Esta autorización para la divulgación de información se otorga de forma libre, voluntaria y sin coacción.

Fecha

Fecha

Fecha

Fecha de revocación _____

--

Firma del testigo