



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR O SOLICITAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de caso del cliente: _____

Henrico Area Mental Health and Developmental Services por la presente está autorizado a:

Solicitar Divulgar Solicitar y divulgar

Nombre del proveedor del tratamiento/compañía de seguros/otra entidad:

Nombre de la persona:

Parentesco con el cliente (opcional):

Domicilio:

Ciudad/estado/código postal:

Teléfono:

Número de fax:

Descripción de la información a solicitar o divulgar:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación/valoración | <input type="checkbox"/> Evaluación psicológica |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados | <input type="checkbox"/> Tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Salud física general | <input type="checkbox"/> Enfermedad infecciosa: sifo, VIH, tuberculosis, |
| <input type="checkbox"/> Información relacionada con una emergencia | <input type="checkbox"/> Resumen de cierre del caso |
| <input type="checkbox"/> Información financiera | <input type="checkbox"/> Fotografías, cintas de video, imágenes digitales u |
| <input type="checkbox"/> Otro, especificar cuál: | |

Información sobre el uso de sustancias (la divulgación debe limitarse a la información necesaria para llevar a cabo el propósito indicado):

- Toda mi información sobre el uso de sustancias creada por HAMHDS
- Toda mi información sobre el uso de sustancias recibida de otros proveedores de tratamiento
- Ningún detalle de mi información sobre el uso de sustancias

O únicamente la siguiente información sobre el uso de sustancias:

- Diagnóstico de uso de sustancias
- Medicamentos para el uso de sustancias
- Resultados de laboratorio relacionados con el uso de sustancias
- Historial de uso de sustancias
- Participación en servicios para el uso de sustancias

Propósito de la solicitud o divulgación:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Valoración | <input type="checkbox"/> Coordinación de atención |
| <input type="checkbox"/> Pago por los servicios de Henrico Area Mental | <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Evaluación ordenada por un tribunal | <input type="checkbox"/> Petición de la persona |
| <input type="checkbox"/> Otro, especificar cuál: | |

Esta autorización entre en vigencia en la fecha en que se obtiene la firma del cliente o de su representante, y caducará:

- 365 días después del alta dada por la agencia o en 365 días

