

Client Name:

Client ID:



## Authorization to Disclose Protected Health Information

Date/Fecha:

This Document is a/Este documento es:

- Release-This Agency to Other       Request-Other to this Agency       Release AND Request  
Lanzamiento de esta agencia a otra      Solicitud de otra agencia a esta      Lanza y Solicita

Regional Health Systems

To/From/De/Para:

Name of Person or Organization/Nombre de la persona o de la organizacion: \_\_\_\_\_

Address/Direccion: \_\_\_\_\_

Client name/Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

DOB/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Address/Direccion: \_\_\_\_\_

City/Ciudad: \_\_\_\_\_

State/Estado: \_\_\_\_\_

Zip/Cierre relampago: \_\_\_\_\_

Phone/Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Release information/Lanzamiento de:

- All Protected Health Information/Toda la informacion protegida de la salud  
 Substance Abuse Information/Informacion del abuso de la sustancia  
 HIV-related Information/Informacion VIH-Relacionada  
 Intake Narrative/Historia narrative del producto  
 History + Physical/Comprobacion & Physco  
 Psychiatric Evaluation/Laboratorio de la evaluacion  
 Psychological Evaluation/Evaluacion psiquiatrica  
 Assessments/Gravamenes  
 Progress notes/Notas de progreso  
 Transfer/Discharge Summaries/Transferencia/Resumenes de la descarga  
 Treatment Plan Reviews/Plan del tratamiento/revisiones  
 Notification of Emergency/Notificacion de la emergencia  
 Service Dates/Servicio fecha  
 Diagnosis/Diagnosticos  
 Verbal Communication Only-Comunicacion verbal/Comunicacion linguistica  
 Other/Otro  
 Primary Care Information/Informacion del cuidado primario

Only release information with this date of service/Solo lanza informacion desde esta fecha: \_\_\_\_\_

Through this date of service/Hasta esta fecha: \_\_\_\_\_

Method of Disclosure/Metodo de lanzamiento de revelacion:  Paper/paper  Oral/Hablado  Electronic/Electronico,

05/09/2022

Client Name:

Client ID:



**Disclosure Purpose/Razon de revelacion:**

- Continuation of Treatment/Continuacion de tratamiento
- Collaboration with School/Colaboracion con la escuela
- Legal Proceedings/Procedimientos legales
- Insurance Claims/Reclamaciones de seguro
- Response to Referral Source/Respuesta de referencia
- In case of Emergency/En caso de emergencia
- Other (Specify)/Otra razon (specifica)

Other purpose \_\_\_\_\_

**I understand that I may revoke this authorization by notifying the Regional Health Systems in writing of my desire to revoke it. If not previously revoked, this authorization will expire 180 days from the date of signature unless otherwise specified. (Specify a date, event, or condition upon which this consent expires, not longer than 180 days)**

**Entiendo que puedo revocar esta autorizacion notificando a Regional por escrito mi deseo de revocarla.**

Si no anteriormente revocada, esta autorizacion se expira en 180 dias de la fecha firmada sino aun otra razon. (Especifica fecha, evento o condicion en qual esta autorizacion se expira, si no mas de 180 dias).

Expiration Date or Event/ Fecha de Espiracion: \_\_\_\_\_

This agency disclaims responsibility or liability for any use including re-disclosure by the recipient or if disclosure to the recipient pursuant to this authorization, or any use or re-disclosure by the recipient, causes the information to lose protection from further disclosure by federal or state law, including 45 CFR Part 164 HIPAA regulations.

42 CFR 2.32: This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules (42 CFR part 2). The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

Esta agencia desclama responsabilidad o lastre por uso de esta informacion en parte o en total, revelacion por el receptor o revelacion de parte de el receptor de acuerdo de esta autorizacion, uso de alguna parte de parte del receptor, causa la informacion a perdida de proteccion de mas revelacion por Federal o Estado de la ley, inclusive de las reglas de 45 CFR parte 164 HIPAA

42 CFR 2.32: Esta informacion es revelada a usted del registro protegido por las reglas de confidencialidad Federal (42 CFR parte 2) Las reglas Federales prohíben que usted cometa revelacion mas alla de esta informacion sino esta revelacion es expresivamente permitida por permiso escrito de la persona con quien se pretende o de lo contrario permitida por 42 CFR parte 2.

La autorizacion general para la revelacion de informacion medica o otra informacion NO es suficiente para esta razon. Las reglas Federales restringen el uso de la informacion para investigar para intenciones criminales o procesar al paciente del abuso de alcohol o droga.

A photocopy or electronically produced or reproduced copy is as valid as the original.  
Copia de retrato o electronico producido o reproducido es tan valido como el original.

05/09/2022

**Client Name:**

**Client ID:**



**Release Status/La posicion social**

- Active/Activo**
- Revoked by Client/Cliente renuncio (derogo)**

**Reason for evocation/Razon por derogo renunci :**

\_\_\_\_\_

**Client/Parent Guardian Signature/Firma de Cliente/Guardian:** \_\_\_\_\_

**Date/fecha:** \_\_\_\_\_

**Witness Signature/Testigo:** \_\_\_\_\_

**Date/Fecha:** \_\_\_\_\_