



# Autorización

VBH # \_\_\_\_\_

## Para Usar y Divulgar Información Privada de su Salud

*Todos las secciones deben ser completado para poder procesar la solicitud.*

Nombre:	_____	Cumplea	_____
Dirección:	_____	<input type="checkbox"/> HOMELESS	Home# _____
Ciudad:	_____	Estado: _____	Código Postal: _____
			Cell# _____

Valley Behavioral Health cumple con las reglas federales y estatales de confidencialidad que prohíben divulgar información sobre Ud. Sin su permiso, a menos que lo permita o lo exija la ley. Por favor lea el Informe de Nuestras Reglas de Privacidad. Hay protecciones de privacidad de más, cuando se trata de tratamiento de Abuso de Drogas (42 CFR Part 2). Tengo entendido que el uso y la revelación significa compartir de mi historial médico incluyendo verbales, escritas y las comunicaciones electrónicas. Doy permiso a Valley Behavior Health y a la persona/organización nombrada a continuación de revelar mis récords médicos, de salud mental y/o de tratamiento de abuso de drogas.

**NOMBRE O IDENTIFICACION ESPECIFICA DE PERSONA(S) AUTORIZADAS PARA RECIBIR/HACER EL USO O LA DIVULGACION SOLICITADO:**

Agencia/Nombre:	_____	Attn:	_____
Dirección:	_____	Phone:	_____
Ciudad:	_____	Estado: _____	Código Postal: _____
			Fax# _____
Email:	_____		

**PURPOSE:** Please mark the reason the information is to be used or disclosed:

- 2-Way Comm. (Verbal Only)  
 Coord. of Care  
 Probation  
 Legal/Court  
 Court Ordered Tx.  
 School  
 \*Personal/Family  
 Benefits Eligibility/Coord.  
 Other: \_\_\_\_\_

**EXPIRATION:**  
 1 time disclosure  
 6 months  
 End of VBH Treatment  
 If nothing marked - one year from date signed unless revoked

**DESCRIPTION OF INFORMATION TO BE USED OR DISCLOSED:**

- Todos los registros  
 Notas del Progreso  
 Evaluaciones  
 Diagnosis  
 Notas de Medicinas  
 Notas Groupas  
 Descarga  
 Plan de cuidado  
 Examen de grogas  
 Otro: \_\_\_\_\_

**AVISO AL CLIENTE:** Entiendo que yo tengo derecho de anular esta autorización a cualquier momento. Para anularla, le enviaré una notificación por escrito al Departamento de Records Médicos de Valley. Se permite anulación verbal de récords de droga y/o alcohol. Tal anulación no cubre ninguna información previamente hecha basada en esta autorización. Entiendo que cualquier divulgación de esta información corre el riesgo de ser divulgada de nuevo sin autorización y por ende no es protegida por reglas federales de confidencialidad. Una vez que mis récords sean divulgados pierden protección con la excepción de lo declarado en 42 CRF Part 2, Confidencialidad de Récords de Tratamiento de Abuso de Drogas. Yo preguntaré si es un requisito que yo firme esta autorización para poder recibir los servicios. La firma en este documento es voluntaria y no es requisito para recibir servicios de Valley. Si la Corte me ordena y termino esta autorización, entiendo que tal acción afecta mi estatus con las cortes y se les notificará mi anulación. Si se trata de un menor de edad en un programa de tratamiento de abuso de drogas, tanto el joven cómo el guardián deben firmar. Esta solicitud tendrá más de 30 días en completarse. Vas a tenga pagar por el servicio.

**ACCESO A MI RECORD:** Entiendo que puedo solicitar una copia de mi expediente. Mi proveedor(s) revisará mi solicitud y la solicitud puede ser negado si se encuentran los registros a ser perjudicial para mí mismo, mi tratamiento u otros. Entiendo que puedo hacer una cita con el profesional(s) para discutir esta decisión y revisar mis registros al hacer una cita. Esta solicitud tendrá más de 30 días para completar Vas a tenga pagar por el servicio.

*By signing this form I have read and accept all parts of this form.*

Firma del Cliente ▶	Fecha ▶
Firma del Representante ▶	Fecha ▶
Nombre del Representante (en letra de imprenta) ▶	Relación ▶
Firma del Testigo ▶	Fecha ▶

**VBH MEDICAL RECORDS CONTACT INFORMATION**

Program:	MEDICAL RECORDS	Attn:	_____
Address:	4460 SOUTH HIGHLAND DRIVE, SUITE 320	Phone#	801-273-6425
City:	SALT LAKE CITY	State:	UTAH
		Zip:	8412
		Fax#	801-424-4043

Copy Given to Client: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Declined	Verified By: <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> License <input type="checkbox"/> Other ID <input type="checkbox"/> Known to VBH
--	--