

Bear River Mental Health Services, Inc.

90 E 200 N, Logan, UT 84321 (435-752-0750) • 663 W 950 S, Brigham City, UT 84302 (435-734-9449) • 440 W 600 N Tremonton, UT 84337 (435-257-2168)

AUTORIZACION PARA EL DESCARGO DE ARCHIVOS y/o SOLICITUD DE ACCESO

NOTA: Bajo la Regla de Privacidad de HIPAA, BRMH tiene hasta 30 días calendario después de recibir la solicitud para procesar la solicitud de registros de un individuo.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono del Cliente: _____
(persona cuya información va a hacer descargada)

❖ PASO 1 Información de la persona que se divulgará?

Estoy solicitando **COPIAS** de mis registros

El proceso puede ser negado: Podemos negar el acceso a la información recopilada en previsión de, o para uso en un caso civil, criminal, o un procedimiento administrativo, o si la información fue recibida por alguien que no sea un profesional de salud, bajo la promesa de confidencialidad, o si creemos que es razonablemente probable que ponga en peligro a usted u otra persona.

Y/O

Doy permiso para que otra parte reciba me información (u otra organización)

Entiendo que no tengo que revelar mi información para recibir tratamiento, y mis registros médicos pueden ser reeditados por el recipiente y ya no estará protegida por la ley Federal de Privacidad.

 Divulgación Verbal Enviar información a Recibir información de (**Marque todo que aplica**)

SE ESTÁN ENTREGANDO REGISTROS A: PERSONA AGENCIA ESCUELA


Nombre: _____ Relación: _____

Si la Escuela: Administración Consejero escolar Instructor Conductista Otro _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Teléfono: _____ Numero de Fax: _____ Correo Electrónico: _____

 **PROPOSITO DE DIVULGACIÓN (Requerido):** Coordinación del cuidado Legal A la solicitud del individual
 Citas (programar/modificar/cancelar) Determinación de Beneficios Otro (especificar): _____

❖ PASO 2 (Esta sección no aplica a Divulgación Verbal) **Información no será divulgado correo electrónico.**

COMO SE PREPARARÁN SUS REGISTROS? Copia en papel Memoria USB (adicional \$4.00) Fax
 Correo postal Recogió Correo Electrónico (enviados cifrados solo por el personal de Registros Médicos)

ESPECIFICA INFORMACIÓN PARA SER DIVULGADA:

★ **PAQUETE GRATUITO:** Evaluación actual, plan de tratamiento actual, últimos 3 notas de terapia, últimos 6 meses de la lista de medicamentos; de lo contrario, el costo es de \$.50 por página, con un máximo de \$20 para los afiliados a Medicaid

OR

Carta de resumen del terapeuta Evaluación de Admisión Plan de tratamiento Notas de Servicio Encuentros/Sesiones
 Reportes de Pruebas Psicológicas Notas de Salud Conductual, mental, o psicológica Otro (especificar): _____

FECHA(S) DE TRATAMIENTO RELACIONADAS CON LOS REGISTROS SOLICITADOS/PUBLICADOS: _____

❖ PASO 3

FECHA/EVENTO DE EXPIRACION: Esta autorización es válida hasta la terminación de la inscripción del cliente en el plan de salud o hasta que el cliente/tutor decida revocar esta autorización por escrito a Bear River Mental Health Services, Inc., o lo que ocurra primero, excepto en la medida en que ya se hayan tomado basada en esta autorización.

Firma del Client

Fecha

Firma del Tutor Legal

Imprimir Nombre

Relación al Cliente

Fecha

(Si el cliente es menor de edad o incapacitado)

Facilitador de BRMH recibiendo esta forma (Por Favor, **ESCRIBA SU NOMBRE**): _____