

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

Solicito el **ACCESO** (para mi) de Información de Salud Protegida o (ISP)

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.

- Usted tiene derecho de solicitar una copia por escrito para inspeccionar u obtener la Información de Salud Protegida o ISP acerca de usted mismo.
- Usted tiene el derecho de tener una respuesta de su solicitud de acceso por escrito dentro de 30 días.

Y/O

Estoy autorizando la **REVELACION** (Otra organización) de Información de Salud Protegida o (ISP)

Al autorizar la revelación entiendo que:

- No tengo que revelar mi información médica protegida con el fin de recibir tratamiento; y
- La ISP que revelemos puede ser revelada también 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)

PERSONA O AGENCIA QUE MI INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA VA A SER ENVIADO O PEDIDA:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Teléfono: _____ Numero de Fax: _____

 **PROPOSITO DE REVELACION (Requerido):** Coordinación del cuidado Legal A la solicitud del individual
 Determinación de Beneficios Otro (especifique): _____

❖ PASO 2 (Esta sección no aplica a Divulgación Verbal) Información no será divulgado sobre email.

FORMATO EN EL QUE QUIERO LA INFORMACION? Copia en papel Memoria USB (adicional \$4.00) Fax
 Correo postal Recogió

ESPECIFICA INFORMACION PARA SER DIVULGADA:

★ **PAQUETE GRATUITO:** Evaluación actual, plan de tratamiento actual, últimos 3 meses de 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

- 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 (especifique): _____

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 Representativo Personal
(Si el cliente es un menor o incapacitado)

Imprimir Nombre

Relación al Cliente

Fecha

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

Padres - Si los padres están divorciados o hoy una Orden de Custodia, el padre debe de tener custodia legal del menor y la verificación correspondiente de una Orden Judicial.
Guardian Legal – Custodio legal tiene que ser verificado con una Orden Judicial.

Padres Foster – Padres Foster no tienen custodia y por lo tanto no son representantes.

A menos que sea permitido o requerido por la ley, es la política de BEAR RIVER MENTAL HEALTH limitar la descarga de ISP a menos que sea necesario para completar el propósito de la descarga.

mydocs/forms/clinical 2/21/2024