

Bear River Mental Health Services, Inc.

90 East 200 North, Logan, Utah 84321 (435-752-0750) ● 663 West 950 South, Brigham City, Utah 84302 (435-734-9449)
440 West 600 North, Tremonton, Utah 84337 (435-257-2168)

REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS y / o SOLICITUD DE ACCESO

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Persona quien su informacion ha de ser revocada)

(Todas las secciones de este documento deben de ser completado con el fin de ser procesada en el momento oportuno.)

*CON RESPECTO A MI INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA O (ISP)), AUTORIZO BEAR RIVER
HEALTH SERVICES, INC. A:*

- **Inmediatamente REVOCAR** mi autorización previa para la Divulgación de Registros y / o Solicitud de Acceso a _____
Nombre de la persona o organización

POR FAVOR, TENGA EN CUENTA: Bajo la ley, los Guardianes Legales pueden tener acceso a su (ISP), independientemente de la revocación de su parte.

Firma del cliente

Teléfono

Fecha

Firma Representante Personal

Imprimir Nombre

Relación con el Cliente

Fecha

(Si el cliente es un menor o incapacitado)

Padres - Si los padres están divorciados o la orden de custodia está puesto, el padre o la madre debe tener la custodia legal del menor y la verificación proporcionada por una orden judicial.

Guardian Legal - La Guardian Legal debe de ser verificada mediante una orden judicial.

Padres Foster - Padre Foster no tiene la custodia legal y, por lo tanto, no es un representante personal.

Facilitador de BRMH recibiendo esta forma (Por Favor, Escriba su Nombre)

Fecha _____