Bear River Behavioral 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, BRBHS 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 divulgara?

☐ 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: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Teléfono: _____ Numero de Fax: _____ Correo Electónico: _____

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

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

COMO SE PREPARARÁN SUS REGISTROS? ☐ **Copia en papel** ☐ **Memoria USB (adicional $4.00)** ☐ **Fax** ☐ **Correo postal** ☐ **Recogió** □ **Correo Electónico** (**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 Behavioral 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 BRBHS 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.*
Padre Adoptivo/Foster – *Padre Adoptivo no tiene custodia y por lo tanto no es un tutor legal.*