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: La Regla de Privacidad de HIPAA permite a BRBHS un plazo de hasta 30 días calendarios tras la recepción de la solicitud para tramitar la petición de registros de una persona.

Nombre:_____ Fecha de Nacimiento:_____ Teléf ono del Cliente:_____
(persona cuya información va a hacer descargad a)

❖ **PASO 1** Información de la persona que se divulgara?

☐ Estoy solicitando **COPIAS** de mis registros

Podemos denegar esta solicitud en previsión de, o para su uso en, un procedimiento civil, penal o administrativo; si la información fue recibida de alguien que no sea un proveedor de atención médica bajo una promesa de confidencialidad; o si consideramos que existe una probabilidad razonable de que ponga en peligro a usted o a otra persona.

Y/O

☐ Doy permiso para que otra parte reciba me información

Entiendo que no estoy obligado a divulgar mis registros para recibir tratamiento, y que los registros pueden ser divulgados nuevamente por el destinatario y dejar de estar protegidos por la Norma Federal de Privacidad.□ Divulgación Verbal □ Enviar información a □ Recibir información de

□ Divulgación verbal □ Enviar información a □ Solicitar información a (**Marque todo que aplica)**

SE ENTREGAN LOS REGISTROS A: □ PERSONA □ AGENCIA □ ESCUELA □ TRIBUNAL ESPECIALIZADO*

*Agencias subcontratadas para brindar servicios a BRBHS, proveedores médicos o de laboratorio, y comités del Tribunal Especializado del Primer Distrito/Tribunal del Primer Distrito/Cárcel del Condado de Cache o Box Elder/Libertad Condicional y Libertad Condicional para Adultos, la unidad de libertad condicional de la oficina del Sheriff del Condado de Cache, Amigos de los Tribunales Especiales y Personal de Apoyo de los Tribunales Especiales con el propósito de divulgación para informar a las agencias de justicia penal sobre la asistencia y el progreso).

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)**

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**

REGISTROS QUE SE PUBLICARÁN::

★ ☐ **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

O

□ PAQUETE PARA TRIBUNALES ESPECIALIZADOS: Carta resumen del terapeuta, evaluación, plan de atención, análisis de orina (UA) y facturación; de lo contrario, el costo es de $0.50 por página, con un máximo de $20 para los afiliados a Medicaid.

O

☐ 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): _____

INDIQUE LA(s) FECHA(s) DEL TRATAMIENTO RELACIONADO CON LOS REGISTROS QUE SE VAN A DIVULGAR:

Continue

❖ **PASO 3**

FECHA DE EXPIRACION: Esta autorización es válida hasta que el cliente cancele su inscripción en el plan de salud o hasta que el cliente o su tutor decida revocarla por escrito ante Bear River Behavioral Health Services, Inc. mediante el formulario de Revocación de Autorización —lo que ocurra primero—, salvo en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en dicha 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): _____

Padre/Madre: Si el padre o la madre está divorciado(a) o existe una orden de custodia, debe tener la custodia legal del menor, lo cual debe acreditarse mediante una orden judicial.
Tutor legal: La tutela debe acreditarse mediante una orden judicial.
Padre/Madre de acogida: El padre o la madre de acogida no tiene la custodia legal y, por lo tanto, NO es tutor legal.

Confidencialidad de los registros de clientes con trastorno por consumo de sustancias Resumen de la normativa federal 42 CFR Parte 2

Las leyes y normativas federales protegen la confidencialidad de los registros que BRBHS mantiene sobre los clientes con trastornos por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés).

Por norma general, un programa no puede divulgar que una persona está recibiendo tratamiento para un trastorno por consumo de sustancias ni revelar información que identifique a alguien como una persona con dicho trastorno, a menos que se aplique alguna de las excepciones permitidas.

Divulgaciones permitidas:

- Consentimiento del cliente:
  - El cliente puede autorizar la divulgación por escrito completando y firmando el formulario de BRBHS titulado "Release of Information – Two Way Release" (Autorización de divulgación de información: autorización bidireccional).
- La divulgación sin el consentimiento del cliente solo se permite en circunstancias limitadas, tales como:
  - Por orden judicial;
  - A personal médico en caso de emergencia médica, o a personal cualificado para fines de investigación, auditoría o evaluación del programa;
  - Cuando el cliente comete o amenaza con cometer un delito, ya sea dentro del programa o contra cualquier persona que trabaje para el mismo;
  - Para prevenir una amenaza grave de muerte o de daño físico grave a una persona, si el paciente ha formulado una amenaza y está en condiciones de llevarla a cabo;
  - Para notificar casos de sospecha de abuso o negligencia infantil, según lo exige la ley estatal.

La violación de esta ley federal y de sus reglamentos constituye un delito. Las presuntas infracciones pueden denunciarse ante:

- El Fiscal de los Estados Unidos para Utah (United States Attorney for Utah), 111 South Main Street, Suite 1800, Salt Lake City, Utah 84111-2176, teléfono (801) 524-5682; o
- La Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias (Center for Substance Abuse Treatment), 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857, teléfono (240) 276-1660.

NOTA: La norma 42 CFR Parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.

Información del cliente		
Nombre:	Fecha de Nacamiento:	Número de cliente :
Signatures		
☐ He revisado y comprendo la información expuesta anteriormente..		
Firma del cliente:		Fecha:
Firma del empleado:		Date:

42 U.S.C. § 290dd-2 and the implementing regulations in 42 CFR Part 2.
20251013