



NORTHERN VALLEY
CATHOLIC SOCIAL SERVICE
REACHING OUT IN CARE AND LOVE TO THOSE IN NEED

**Autorización o Permiso para Revelar o Intercambiar Información Medica
Confidencial**

Nombre del Cliente(s) _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Identificación: _____

Yo, _____, doy mi permiso o autorización a
(Nombre del Cliente, Padre o Tutor Legal)

Northern Valley Catholic Social Service, Inc. (NVCSS) para recibir o intercambiar,
información verbal o escrita relacionada a mí _____ Salud Mental,
_____ Médica, _____ Alcoholismo, _____ Drogadicción,
_____ Y Otra (especifique) _____ Con:

(Individuo o Agencia) (Título o Relación)

(Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal) (Código de Área y Número de Teléfono)

Tiempo Limite: Este permiso o autorización para intercambiar o revelar
información tiene como vigencia las siguientes fechas:

Comenzando el _____ y Terminando el _____.
(Mes y Año) (Mes y Año)

Esta autorización para intercambiar información, permanecerá válida hasta que este
permiso sea anulado, o por un período no más de un (1) año. El individuo tiene el
derecho de revocar o anular por escrito esta autorización en cualquier momento en
que lo desee, salvo que la acción haya sido tomada en confianza. La decisión del
cliente de firmar o no firma esta autorización no será una condición o estipulación

para recibir servicios solicitados, Con la excepción de ciertas circunstancias limitadas. Refiérase al aviso de las prácticas de privacidad para información adicional.

Información que será Revelada: Para que una información sea revelada, el cliente, padre(s) o tutor legal debe escribir sus iniciales en cada una de las líneas. Si tiene algún tipo de pregunta o requiere de ayuda esta se le proporcionará. Escriba por favor cualquier objeción.

_____ Evaluación Médica _____ Examen Psicológico
_____ Reporte de Laboratorio _____ Registros de Medicamentos
_____ Historial y Examen Físico _____ Notas de Progreso o Recuperación
_____ Resumen al dar de Alta _____ Plan de Tratamiento del Paciente
_____ Órdenes del Médico _____ Reporte de la Consulta Inicial
_____ Registro de inmunización o Vacunas _____ Todo tipo de Información
_____ Reportes de Exámenes o evaluaciones Educativas _____ Otro
(especifique) _____

Excepciones (especifique) _____

Propósito Para Revelar Información: El propósito para que esta información sea intercambiada o revelada será indicada por el cliente, padre o apoderado legal, cuando escriba sus iniciales en las línea que considere apropiadas o adecuadas.

_____ Ayuda o Asistencia por nombre del individuo o agencia
_____ Evaluación de tratamiento
_____ Continuación de tratamiento que se recibe por una Clínica o Establecimiento, Doctor, Médico Clínico
_____ Coordinación de tratamiento con otra agencia o clínica
_____ Proceso Jurídico con una compañía de seguros
_____ Procedimiento legal o consejo/orden de una corte
_____ Otro (especifique) _____

Yo Libero de cualquier cargo legal a las personas que me atienden como mi Psiquiatra, Consejero, Agencia y sus empleados, de cualquier tipo de responsabilidad que se presente por revelar o intercambiar información a las personas o agencias que indique arriba.

Doy mi consentimiento o autorización para revelar mis expedientes por medio de un facsímile (fax), el cual será válido como un documento original.

Correspondencia, demográfica, fiscal, y expedientes/ información de terceras personas no será reveladas o divulgadas a ninguna persona, agencia o organización no autorizada por la persona que firma esta autorización, al menos que sea permitido, ordenado, o requerido por las leyes Estatales o Federales. Una vez que la información médica confidencial sea divulgada por esta autorización, NVCSS no podrá seguir protegiendo la información que ha sido revelada. Por favor lea la notificación de privacidad y práctica de NVCSS sobre el uso y el acceso de su información medica confidencial. Si usted está representando al cliente, indique su relación o vínculo.

Escriba el Nombre del Cliente *Firma del Cliente* *Fecha*

Padre o Tutor Legal *Firma y Vinculo* *Fecha*

Escriba el Nombre del Testigo *Firma del Testigo* *Fecha*

[] El cliente ha sido proporcionado con una copia de esta autorización.

Oficina de NVCSS del Condado de Shasta

2400 Washington Avenue, Redding, CA 96001-2832

Teléfono 530-241-0552 & 1-800-846-1451 Fax 530-241-6457

www.nvcss.org

Por Favor Preste Atención : Expedientes de tratamientos de alcohol o drogas están protegidos por las normas o leyes federales de confidencia a los pacientes con abuso de drogas. Esta información confidencial de salud esta protegida bajo el Acto de Responsabilidad e Información del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA) Información relacionada sobre estos casos no pueden ser revelados sin la autorización escrita del cliente, a menos que sea contrario o proporcionado por estas normas o leyes.

Estatutos de información relacionada a esta autorización por favor refiérase al código 42 C.F.R parte 2 (Confidencia a los Expedientes de Pacientes con Abuso a las Drogas o Alcohol) de la Ley Publica de los Estados Unidos 104-191, Acto de Responsabilidad e Información del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA); 42 U.S.C Sección 201 et.seq. (Código de HIPAA); 45 C.F.R. parte 160 al 164 (HIPAA alas normas de privacidad); Código de California del institución del Subsidio o Asistencia Social, Sección 5328 y al Código Civil de California 56.10-56.16 del Acto de Información Confidencial Medica.

Al Destinatario de esta Información: Esta información le a sido revelada de los expedientes. La confidencia es protegida por las Leyes Federales y Estatales. Las Leyes Federales y Estatales le prohíben que haga cualquier revelación de esta información sin el consentimiento escrito de la persona a la que pertenece, o en caso contrario, será permitido por tales regulaciones. **Una autorización general para el permiso de revelar los expedientes médicos no es suficiente para este propósito.**