

DENTON COUNTY MHMR CENTER
AUTHORIZATION FOR THE DISCLOSURE OF INDIVIDUAL RECORD INFORMATION

Codigo de Administracion de Texas-Titulo 22, Parte 9, Capitulo 165, Regla 165.2 (b): Las copias solicitadas de registros medico's y/o los registros de facturacion seran proporcionados por el medico/proveedor dentro de los 15 dias habiles posteriores a la fecha de recibir la solicitud y tarifas razonables podrian ser requeridas para proporcionar la informacion solicitada. Una fotocopia de este documento sera acceptable. Tiene el derecho a negarse a firmar esta autorizacion. DCMHMR no retendra el tratamiento , los beneficios o el procesamiento de pagos si se niega a firmar este autorizacion, a menos que este recibiendo tratamiento por abuso de alcohol o Drogas y el proposito de la autorizacion es obtener el pago o proporcionar beneficios para su tratamiento.

Nombre del Paciente: _____ **# Paciente:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Por la presente autorizo/solicito al CENTRO MHMR DEL CONDADO DE DENTON para:
___Enviar a: ___Recibir de: ___Intercambiar con: La siguiente persona,organizacion,proveedor o agencia a continuacion:

(Nombre, Direccion, Telefono, Numero de Fax de la Persona, Organizacion, Proveedor o Agencia)

La informacion divulgada puede incluir:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Plan/Historial Social | <input type="checkbox"/> Evaluacion Psiquiatrica/Psicologica | <input type="checkbox"/> Diagnostico |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso Medico | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorios | <input type="checkbox"/> Determinacon de Elegibilidad |
| <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento/Servicio | <input type="checkbox"/> Historial Medico y Tratamiento | <input type="checkbox"/> Notas Vocacionales |
| <input type="checkbox"/> Recomendaciones | <input type="checkbox"/> Informacion de Crisis | <input type="checkbox"/> Notas de manejo del caso |
| <input type="checkbox"/> Pruebas | <input type="checkbox"/> Resumen de Alta | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

(Describa especificamente el tipo de informacion y los periodos de tiempo que aplican)

Si no se revoca,esta autorizacion vencera el _____;Si no tiene fecha,la caducidad es de un ano a partir de la fecha firmada a continuacion.

Entiendo que dicha divulgacion se realizara para los siguientes propositos:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coordinacion/Continuidad de Servicios | <input type="checkbox"/> Verificacion de seguro | <input type="checkbox"/> Para ayudar en la colocacion educativa |
| <input type="checkbox"/> Planificacion/Evaluacion del Tratamiento | <input type="checkbox"/> Para ayudar en la financiacion adicional | |
| <input type="checkbox"/> Para proporcionar informacion a la persona(s) | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

*Si estoy firmando como padre de un menor,o tutor de un menor,entiendo que el registro publicado puede contener referencias a mi familia o a mi mismo.

*A menos que se solicite especificamente lo contrario,tambien autorizo la divulgacion de informacion sobre **el HIV/SIDA, la presencia de enfermedades transmisibles o no trasmisibles y el abuso /uso de dependencia/sostenimiento quimico.** Esta Autorizacion de **divulgacion cumple con la ley federal 42CFR Parte 2.** La persona que ha firmado a continuacion puede retirar esta autorizacion en cualquier momento. Una cancelacion evitara cualquier divulgacion adicional que utilice esta autorizacion, aparte de las divulgaciones realizadas entre el momento de la autorizacion y el momento en que la autorizacion ha sido retirada.

___ Inicial para EXCLUIR informacion sobre HIV/SIDA y dependencia y abuso de sustancias controladas.

**An excepcion de la informacion relacionada con el tratamiento del abuso de Alcohol o Drogas, la informacion divulgada de conformidad con esta Autorizacion puede no estar protegida por las leyes de privacidad medica y puede estar sujeta a una nueva divulgacion por parte del destinatario.

*Tiene derecho a revocar esta autorizacion. Para revocar esta autorizacion, usted o su representante deben entregar una declaracion firmada por escrito, firmada por usted o su representante, a las instalaciones de DCMHMR, proporcionando la fecha y el proposito de la autorizacion y su intencion de revocarla. Su revocacion sera efectiva en la fecha en que DCMHMR la reciba, salvo las divulgaciones realizadas entre el momento de la autorizacion y el momento en que la autorizacion ha sido retirada.

ESTA AUTORIZACION FUE REVOCADA ___/___/___ . DIBUJE UNA SOLA LINEA ROJA EN ESTA PAGINA

Medical Records Fax: 940-565-0930

Firma Individual: _____ **Fecha:** _____

Firma del Representante: _____, _____ **Fecha:** _____
(Firma y relacion con individuo) (Nombre Impreso)

Firma del Testigo: _____, _____ **Fecha:** _____
(Nombre Impreso)

*** You have the right to receive a copy of this signed authorization. ***