

VA-Consent to Disclosure VA-Consiente a la Divulgación

Full name of person(s) authorizing disclosure of Protected Health Information*

Nombre completo de persona (s) que autoriza la divulgación de información de salud protegida:

Individual's DOB

Fecha de nacimiento del individuo:

authorize(s) Mount Rogers Community Services Board* [please check one] [marque por favor]:

- To disclose to (para revelar a)
- Exchange with (Intercambio con)
- Obtain from (Obtener de)

Name of person or agency (If this authorization includes more than one person or agency, the information to be disclosed MUST be the same exact information for the same exact purpose.)*

Nombre de la persona o agencia (si esta autorización incluye más de una persona o agencia, la información a ser revelada debe ser la misma información exacta para el mismo propósito exacto)

,

,

Information to be disclosed [check all that apply]*
Información a ser revelada [marque]

- Treatment Plan (Plan de Tratamiento)
- Summary of Services Received (Resumen de Servicios Recibidos)
- Summary of Participation/Attendance (Resumen de la Participación/Asistencia)
- Medication(s) Prescribed (Medicamento Prescrito)

- Diagnosis (Diagnóstico)
- Evaluation/Assessment (Evaluación)
- Psychological Evaluation (Evaluación Psicológica)
- Progress Notes (Notas de Progreso)
- Social History (Historia Social)
- Substance Abuse/Use History (Historia de Uso/Abuso de Sustancias)
- Family/Social History (Historia Familiar/Social)
- Criminal Justice Records (Registros de Justicia Criminal)
- Employment History/Performance (Empleo de Historia y Performance)
- Urine Drug Screen Results (Orina Drogas Pantalla Resultados)
- Education Records (Registros de Educación)
- Discharge Summary (Descarga Resumen)
- General Health/Physical Exam (Examen de Salud Físico General)
- Labs / Diagnostic Studies (Laboratorios / Diagnóstico Estudios)
- Infant Screening Results (Resultados de Infantil la Proyección)
- Insurance/Billing/Finacial (Seguro/ Facturación/ Financieras)
- Intake/Referral/Screening (Referencia/Evaluación Clínica)
- Permission to see individual Face to Face in the school setting (Permiso para ver la Persona Cara a Cara en un Entorno Escolar)
- Other (Otro)

Disclosure may include [check all that apply]
Divulgación puede incluir [marque]

- Alcohol and/or Drug Abuse Information (Alcohol y abuso de medicinas)
- AIDS or HIV related information (Información Relacionada con AIDS/HIV)
- Other Infectious Diseases, such as TB, Hepatitis, etc... (Otras enfermedades infecciosas como tuberculosis, Hepatitis, etc...)

Purpose of disclosure*
Propósito de Divulgación

- Assessment (Evaluación)
- Follow-up Care (Seguimiento o Continuación de la Asistencia)

- Ongoing Treatment (Continuación del Tratamiento)
- Eligibility Determination (Determinación de Elegibilidad)
- Service Coordination & Treatment Planning (Coordinación de Servicio y Planificación del Tratamiento)
- Medication Authorization (Autorización de Medicamentos)
- Other [specify] (Otro [precisar])

As the person signing this Authorization to Disclose Protected Health Information, I understand that I am giving permission for Mount Rogers Community Services Board to release or obtain and use confidential health information. I understand that treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits is not affected by signing this form. I understand that I may refuse to sign this Authorization. I also understand that the information disclosed may be subject to redisclosure by the recipient and will no longer be protected by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) privacy regulations and may no longer be protected by state law. This Authorization will be included in my service record and a copy will be provided to me.

Como la persona que firma esta autorización a divulgar información de salud protegida, entiendo que le estoy dando permiso para montaje Rogers junta comunitaria de servicios liberar u obtener y utilizar información médica confidencial. Entiendo que el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no es afectada por firmar este formulario. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. También entiendo que la información divulgada puede ser objeto de revelar por el destinatario y ya no estarán protegidos por las normas de privacidad de Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) y ya no puede estar protegido por la ley estatal. Esta autorización se incluirán en mi registro de servicio y se proporcionará una copia a mí.

I understand that I may revoke this Authorization at any time, except to the extent that action has already been taken in reliance on it. I will notify Mount Rogers CSB in writing of my desire to revoke this Authorization; my revocation is not effective until delivered in writing to the person in possession of my records. I understand this Authorization extends to information placed in my record after the date I signed this Authorization, unless otherwise requested.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se han tomado medidas en dependencia de él. Notificaré al montaje Rogers CSB en la escritura de mi deseo de revocar esta autorización; mi revocación no es eficaz hasta que entregó por escrito a la persona en posesión de mis expedientes. Entiendo que esta autorización se extiende a la información a mi expediente después de la fecha firma esta autorización, salvo que lo contrario.

Unless otherwise revoked, this Authorization will expire in* (a menos que lo contrario revocada, esta autorización vencerá en):

- 90 days from date of my signature (noventa días desde la fecha de mi firma)

- 365 days (one year) from date of my signature (trescientos sesenta y cinco días (un año) desde la fecha de mi firma)
- Other specified date (otro fecha)
- Event (Evento hasta que se descargue)

Exemptions to this Authorization (Exenciones a esta autorización)

.

**** Authorization must be signed by the individual or authorized representative (La autorización debe ser firmada por el representante individual o autorizado).**

**Basis of Representative's authority to sign Authorization on behalf of the individual (e.g. parent, guardian, etc.)
Autoridad del representante para firmar la autorización en nombre de la persona (padre, tutor, etc..)**

Note: This information may be protected by federal regulations concerning alcohol and drug abuse patient records (42 CFR, Subchapter A, Part 2), which prohibit recipient from making any further disclosure of alcohol or substance abuse treatment information unless further disclosure is expressly permitted by your written authorization or as otherwise permitted by such regulations. A general authorization for release of medical or other information is not sufficient for this purpose. These regulations also restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

Nota: Esta información puede estar protegida por las regulaciones federales sobre alcohol y drogas abuso registros de pacientes (42 CFR, subcapítulo A, parte 2), que prohíben el destinatario de hacer cualquier otra divulgación de información de tratamiento de alcohol o abuso de sustancias, a menos que información adicional es expresamente permitido por su autorización escrita o lo permitido por los reglamentos. Una autorización general para la liberación de médico u otra información no es suficiente para este propósito. Estas regulaciones también restringen cualquier uso de la información criminal investigar o juzgar a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

This Authorization requires the individuals or authorized representatives signature (Esta autorización requiere que las personas o la firma de representantes autorizados).

A copy of this Authorization must be given to the individual or authorized representative (Una copia de esta autorización se proporcionará al persona o representante autorizado)
