LIBERACIÓN UNIVERSAL DE INFORMACIÓN (URI)

Al completar este documento autoriza el uso, la divulgación y el intercambio de información sobre su salud. Si no se proporciona toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

Nombre del cliente:

Fecha de Nacimiento:	**Número de Cliente:**

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo por este medio autorizo a los individuos/agencias listadas y las iniciales por debajo utilizar, divulgar o intercambiar la información debajo.

Para liberar a las personas / Organización	**Dirección (calle, ciudad, estado, código)**	**Inicial**
Departamento de Rehabilitación de California		
Asociación Tribal TANF de California		
Servicios para Niños y Familias (CaFS) - GGOE -		
Dentista(s):		
Doctor(es):		
Centro Far Northern Regional		
Primeros 5 del Condado de Glenn		
Condado de Glenn Departamento de Manutencion de Menores		
Condado de Glenn HHSA – Servicios de Bienestar Infantil		
Condado de Glenn HHSA – Servicios de Alcohol y Drogas		
Condado de Glenn HHSA – Servicos de Salud Mental		
Condado de Glenn HHSA - Otro: Division _____ y Programas _____		
Condado de Glenn HHSA – Programas de Asistencia Publica		
Condado de Glenn HHSA – Programas de Salud Publica		
Oficina de Educacion del Condado de Glenn (GCOE)		
Departamento de Libertad Condicional del Condado de Glenn		
Corte Superior/Corte de Tratamiento del Condado de Glenn		
Centro Medico/Centro Infantil del Condado de Glenn		
Hospital(es):		
Clinica de Salud Northern Valley Indian Health		
Intervención de Crisis por Violación y Preparación		
Distrito Escolar(es)		
Otro:		
Otro:		
Otro:		

La siguiente información:

a. ☐ Toda la información médica referente a mi historial médico, condición física o mental y el tratamiento recibido;
O
☐ Sólo los siguientes registros o tipos de información de salud (incluyendo las fechas):

b. Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (marca según sea apropiado):
☐ Información sobre el tratamiento de la salud mental [1]
☐ Resultados de la prueba del VIH
☐ Información sobre el tratamiento de drogas/alcohol

Se requiere una autorización por separado para autorizar la divulgación o el uso de las notas de psicoterapia.

PROPÓSITO

Propósito del uso o de la divulgación solicitada: ☐ Solicitud del cliente; O ☐ Otro:

EXPIRACIÓN

Esta autorización expira el (fecha):

[1] *Si el cliente solicita que la información de salud mental cubiertos por la Ley Lanterman-Petris-Short sea divulgada a un tercero, el médico,* psicólogo, *trabajador social con una maestría en trabajo social o terapeuta matrimonial y familiar que está a cargo o el cliente debe aprobar la liberación. Si no se aprueba la autorización, los motivos por lo tanto deben estar documentados. El cliente muy probablemente podría obtener una copia del expediente por sí mismo y luego proporcionar los registros a la tercera parte*, sin embargo.

MIS DERECHOS

Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negación no afectará mi habilidad para obtener tratamiento o pago o elegibilidad para beneficios.[2]

Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me pide para permitir el uso o divulgación.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito[3] y enviarlo a la siguiente dirección:

Mi revocación entrará en vigencia una vez recibido, excepto en la medida en que otros han actuado basados en esta información.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.[4]

La información revelada conforme a esta autorización puede ser divulgada por el destinatario. Esa nueva revelación es en algunos casos no prohibidos por la ley de California y ya no puede ser protegido por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, La ley de California prohíbe que la persona que recibe mi información de salud haga divulgación adicional de ella a menos que se obtenga otra autorización para la divulgación de mí o menos que dicha divulgación se exija o permita la ley.

Si esta casilla ☐ está marcada, el Solicitante recibirá una compensación por el uso o divulgación de mi información.[5]

Firma

Fecha:	**Hora:** ☐ AM / ☐ PM

Firma:

(cliente/representante legal)

Si es firmado por alguien que no sea el cliente, indique la relación:

Nombre del Cliente en letra de molde:

(representante legal)

[2] *Si alguna de las excepciones reconocidas a HIPAA se aplica esta declaración, entonces esta declaración debe ser cambiada para describir las consecuencias para el individuo de la denegación de firmar la autorización cuando esa entidad cubierta puede condicionar el tratamiento, inscripción al plan de salud, o elegibilidad de beneficios en la provisión de una autorización. Una entidad cubierta se permite condicionar el tratamiento, inscripción en el plan de salud, o beneficiarse de elegibilidad en la prestación de una autorización de la siguiente manera: (i) para llevar a cabo el tratamiento relacionado con la investigación, (ii) para obtener información relacionada con la elegibilidad o de un plan de salud o determinaciones de inscripción relacionados con el individuo o bajo suscrito de la aseguranza o determinaciones de calificación de riesgo, o (iii) para crear información de salud para proporcionar a un tercero o para la divulgación de la información de salud a dicho tercero. Bajo ninguna circunstancia,* sin embargo, *puede ser necesaria una persona para autorizar la divulgación de notas de psicoterapia.*

[3] *Los clientes de los programas de abuso de sustancias con asistencia- federal y clientes cuyos registros están cubiertos por LPS pueden revocar una autorización verbal.*

[4] *Bajo HIPAA, el individuo debe estar provisto de una copia de la autorización cuando haya sido solicitada por una entidad cubierta para sus propios usos y revelaciones (ver 45 C.F.R. Sección 164.508 (d)(1), (e)(2)).*

[5] El solicitante debe completar esta sección de la forma.