



Nombre Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Caso # _____

Yo autorizo a Woodland Centers: a _____ Intercambiar O _____ Revelar O _____ Obtener información con

Nombre de la Organización o Individuo: _____

Dirección de correo: _____

Ciudad/Estado/Zip: _____ Teléfono #: _____ FAX #: _____

Motivo para divulgar información:

- Coordinación de Cuidados, Por Solicitud del Cliente, Por solicitud del familiar identificado más arriba, Finanzas/Facturación, Legal, Otra

Registros de las siguientes fechas: Todo (Incluyendo Pasado, Presente, Futuro) Fechas específicas hasta

Información a ser Liberada (por favor marque las casillas correspondientes):

- Cualquiera/Todos los registros, Resumen de Servicios, Evaluaciones de Salud Mental, Plan de Tratamiento/Evaluación Funcional, Notas de evolución /Visitas, Medicamentos, Reportes de Laboratorio y Radiología, Legal/ Corte/ PO, Registros de la Escuela, Servicios Sociales, Solo Verbal (No Registros), Otro (Especificar contenido)

AUTORIZACION ESPECIFICA PARA REGISTROS PROTEGIDOS BAJO EL CODIGO CFR 42 PARTE 2: (incluyendo los registros pertenecientes a tratamiento por uso de sustancias y/o Programas de Desintoxicación):

- Trastorno por Uso de Sustancias/Registros de Dependencia Química

ENTIENDO QUE:

- Los registros pueden incluir información relativa al tratamiento por abuso de alcohol o drogas. Autorizo a que la divulgación incluya registros anteriores y posteriores a la fecha de la firma, hasta que la autorización expire o sea revocada, a menos que haya especificado un rango de fechas (ver arriba). Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, notificándolo por escrito a los Servicios de Gestión de la Información de Salud. La revocación no se aplicará a los registros que ya han sido liberados. No necesito firmar esta autorización para recibir servicios a menos que los servicios sean ordenados por la corte o sean creados únicamente para un tercero. Woodland Centers no puede impedir que se vuelvan a divulgar los registros divulgados como resultado de esta solicitud, y después de que la información sea divulgada por Woodland Centers, los registros pueden no estar sujetos a las protecciones de privacidad. Esta autorización permitirá la comunicación telefónica bidireccional y el intercambio de información por transmisión electrónica. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización una vez que la haya firmado. Puedo revisar/solicitar copias de la información divulgada. Una fotocopia o facsímil de esta autorización tiene la misma validez que la original.

Esta autorización será válida hasta la siguiente fecha: _____ (Si no se indica fecha, esta autorización expira después de un año a partir de la fecha de la firma.)

Firma de Cliente, Fecha, Firma Testigo, Fecha, Firma Padre/Guardián, Relación con Cliente, Fecha

La información debe enviarse a Woodland Centers, a la atención de: _____ en:

- Big Stone Center: 28 2nd St NW, PO Box 145 Ortonville, MN 56278 :: 320-839-8322 Fax: 855-867-8780
Chippewa Center: 1234 E Hwy 7, PO Box 187 Montevideo, MN 56265 :: 320-269-6581 Fax: 320-269-7045
Kandiyohi Center: 1125 SE 6th St, PO Box 787 Willmar, MN 56201 :: 320-235-4613 Fax: 855-625-7406
Lac qui Parle Center: 669 6th St, PO Box 493 Dawson, MN 56232 :: 320-769-4864 Fax: 855-275-1310
Meeker Center: 114 N Holcombe Ave, Suite 230, PO Box 55 Litchfield, MN 55355 :: 320-693-7221 Fax: 855-825-0812
Renville Center: 902 W Lincoln Ave, PO Box 84 Olivia, MN 56277 :: 320-523-5526 Fax: 855-675-6425
Swift Center: 1213 Pacific Ave, Benson, MN 56215 :: 320-843-2061 Fax: 855-482-7868
Tri Star ACT: 215 Milkyway St S, PO Box 577 Cosmos, MN 56228 :: 320-877-7220 Fax: 320-877-7479

Uso exclusivo de la oficina: Ingresado por: _____ Fecha: _____

Instrucciones para completar el formulario. POR FAVOR, RELLENE TODAS LAS ÁREAS DE LA AUTORIZACIÓN PARA ASEGURAR LA DIVULGACIÓN O LIBERACIÓN ADECUADA Y OPORTUNA DE SU INFORMACIÓN MÉDICA.

Información del paciente: Por favor, indique el nombre del cliente cuyos registros se van a divulgar, incluyendo la fecha de nacimiento. (El personal de Woodland Centers introducirá el número de identificación del cliente)

"Intercambiar", "Revelar" u "Obtener": Si indica "Revelar a", Woodland Centers no podrá recibir ningún registro de la organización y si elige "obtener de", Woodland Centers no podrá entregar información a esta organización en particular. Si elige "Intercambiar con", Woodland Centers podrá divulgar Y obtener registros.

Motivo de la divulgación: Por favor, indique la razón por la que los registros deben ser liberados. Esto ayuda a establecer la prioridad del tipo de la divulgación. También ayuda a determinar quién es responsable del costo de los registros (cuando corresponda).

Registros a partir de la siguiente fecha: Por favor, elija "Todos" o especifique una fecha o un rango de fechas de los registros que le gustaría liberar.

Información a divulgar: Puede elegir los registros que desea que se envíen para incluir todos y cada uno de los registros o elegir información específica dentro de sus registros para ser liberados. Si usted escoge Cualquiera/Todos los registros, Woodland Centers podrá enviar cualquier información de su registro incluyendo todos los programas, con la excepción de los registros de Tratamiento de Trastornos por Uso de Sustancias o Desintoxicación, lo cual necesita ser indicado específicamente.

Autorización específica para registros protegidos bajo el código 42 CFR Parte 2: Si usted ha recibido tratamiento para un Trastorno por Uso de Sustancias/Dependencia Química, o si ha sido admitido en nuestro centro de Desintoxicación, esta casilla debe ser marcada para enviar cualquier información relacionada con ese tratamiento, incluso si usted seleccionó "Cualquier/Todos los registros" arriba.

Entiendo que: Esta sección explica los términos de la Autorización que usted está firmando. Por favor, lea estos términos cuidadosamente antes de firmar este formulario.

Fecha de expiración: En esta sección usted decidirá cuándo desea que caduque la autorización. Si no indica una fecha, la autorización expirará automáticamente un año después de la fecha en que se firmó. Si desea modificar o revocar este formulario antes de la fecha de caducidad, póngase en contacto con los Servicios de Gestión de la Información de Salud o con el Responsable de Privacidad.

Firma: Por favor, firme Y feche este formulario para validar esta autorización. Si este formulario es firmado por otra persona que no sea el paciente o los padres, se le pedirá que proporcione una prueba de su autoridad (es decir, una orden judicial). La firma de un testigo indica quién explicó al cliente o al padre/tutor legal y/o ayudó a completar el formulario.

POR FAVOR, ESPERE DE 7 A 10 DÍAS HÁBILES PARA PROCESAR LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN. EN ALGUNOS CASOS, PUEDE TARDAR HASTA 30 DÍAS (45 CFR 164.524 (b)(2)(I)).

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a este formulario, comuníquese con la oficina de Administración de Información de Salud al (320) 231-9156.

La Autorización para Divulgar Información Médica Protegida completada puede ser enviada a:

**Health Information Management Services (HIMS)
Woodland Centers
PO Box 787**

Willmar, MN 56201

O

FAX: (855) 625-7406