

Bear River Mental Health Services, Inc.

90 Este 200 Norte, Logan, Utah 84321 (435-752-0750) • 663 Oeste 950 Sur, Brigham City, Utah 84302 (435-734-9449)
440 Oeste 600 Norte Tremonton, Utah 84337 (435-257-2168)

AUTHORIZATION PARA EL DESCARGO DE ARCHIVOS y/o SOLICITUD DE ACCESO

Nombre _____ Fecha De Nacimiento _____
(Nombre de la persona cuya información va a hacer descargada)

Solicito el **ACCESO** (para mi) de Información de Salud Protegida o (ISP)

El proceso puede ser negado: Podemos negar el acceso a la información recopilada en previsión de, o para uso en un caso civil, criminal, o un procedimiento administrativo, o si la información fue recibida por alguien que no sea un profesional de salud, bajo la promesa de confidencialidad, o si creemos que es razonablemente probable que ponga en peligro a usted u otra persona.

- Usted tiene derecho de solicitar una copia por escrito para inspeccionar u obtener la Información de Salud Protegida o ISP acerca de usted mismo.
- Usted tiene el derecho de tener una respuesta de su solicitud de acceso por escrito dentro de 30 días.

FORMATO EN EL QUE QUIERO LA INFORMACION: Copia en papel (\$.50 por página) Copia Electrónica (\$20.00 CD) Sumario (\$.50 por página)

Estoy autorizando la **REVELACION** (Otra organizacion) de Información de Salud Protegida o (ISP)

Al autorizar la revelación entiendo que:

- No tengo que revelar mi información médica protegida con el fin de recibir tratamiento; y
- La información médica protegida que revelemos puede ser revelada también por el recipiente y ya no estará protegida por la ley federal de privacidad.

EN LO QUE RESPECTA A MI (ISP), AUTORIZO A BEAR RIVER MENTAL HEALTH SERVICES, INC. EL DESCARGO, RECIBO, OBTENIMIENTO, Y DISPOSICION DE MI INFORMACION A/DE:

PERSONA O AGENCIA MI ISP VA A SER DESCARGADO :

Enviar información a recibir información de Solo archivo

Nombre: _____ Relacion: _____

Direccion: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

ESPECIFICA INFORMACION PARA SER ACCESADA/ REVELACIONADA:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Historia Medica/Física | <input type="checkbox"/> Reportes de Pruebas Psicológicas | <input type="checkbox"/> Plan de Cuidado |
| <input type="checkbox"/> Notas de Medicaciones | <input type="checkbox"/> Evaluación de Admisión | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Consultas | <input type="checkbox"/> Sesiones | <input type="checkbox"/> Revelación Verbal |
| <input type="checkbox"/> Registros Medicos Completos | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ | |

DIA(S) DE TRATAMIENTO RELACIONADO A LOS ARCHIVOS PEDIDOS/REVELACIONADOS: (si aplica)

RAZON POR LA REVELACION (Requerido):

Coordinación del cuidado Legal A la solicitud del individual

Determinacion de Beneficios Otro (especifique): _____

DIA/EVENTO DE EXPIRACION: Esta autorización es válida por **365 días**, o _____ días desde la fecha de la firma del cliente, o firma del representante del cliente si aplica. Esta autorización puede ser revocada a cualquier tiempo por escrito y entregado a BRMH antes de la fecha de expiración, excepto en la medida en que ya se haya tomado acción basada en esta autorización.

Firma del Cliente

Teléfono #

Fecha

Firma del Representativo Personal
(Si el cliente es un menor o incapacitado)

Nombre

Relación al Cliente

Fecha

Facilitador y testigo de esta forma: _____

Padres – Si los padres están divorciados o hoy una Orden de Custodia, el padre debe de tener custodia legal del menor y la verificación correspondiente de una Orden Judicial.

Custodio Legal – Custodio legal tiene que ser verificado con una Orden Judicial.

Padre Adoptivo – Padre Adoptivo no tiene custodia y por lo tanto no es un representante.

A menos que sea permitido o requerido por la ley, es la política de BEAR RIVER MENTAL HEALTH limitar la descarga de ISP a menos que sea necesario para completar el propósito de la descarga.