

AUTHORIZATION FOR THE DISCLOSURE, USE OR RECEIPT OF INFORMATION

You have the right to refuse to sign this authorization. The form must be complete in order to be valid. You will receive a copy of this signed authorization

Client Name:	SSN:	Date of Birth:
I authorize the designated staff at ACH Child & Family Services to disclose/use/receive the following Protected Health Information (PHI) about me (please describe the specific types of information, including time period covered):		
ACH designated staff may disclose to/receive from:	Name of person, organization or facility:	
	Address:	
	Phone Number(s):	
The disclosure/use is for the following purpose(s) as indicated by <u>client's or guardian's initials</u> :	<input type="checkbox"/> to coordinate my discharge planning/ <input type="checkbox"/> placement <input type="checkbox"/> to assist in my educational placement <input type="checkbox"/> to assist in evaluation & treatment	<input type="checkbox"/> at my request <input type="checkbox"/> to assist in additional funding <input type="checkbox"/> other: <u>Attendance and Participation in the program</u>
I also authorize the disclosure/use/receipt of my health information regarding:	HIV/AIDS: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Initials Required)	Alcohol & Drug Abuse Treatment: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Initials Required)

Note: If you are authorizing disclosure of PHI, then, except for information related to alcohol or drug treatment, the potential exists for the information described in this authorization to be re-disclosed by the recipient. If the information is re-disclosed, then it is no longer protected by medical privacy laws.

Note: If you are signing as a parent/guardian/managing conservator of a minor, the information disclosed/used/received may contain reference about you and your family.

Note: By signing this authorization you acknowledge that you understand that release of this information could potentially cause harm to you and that you are directing ACH to release this information. You release ACH from liability or damages that may result from the release of this information.

You have the right to revoke this authorization. To revoke this authorization, you must deliver a written statement, signed by you, to ACH, which provides the date and purpose of this original authorization and your intent to revoke it. Your revocation will be effective on the date it is received by ACH, except to the extent that ACH has already relied upon your authorization to use or disclose your health information as described in the Notice of Privacy Practice.

If not revoked earlier, this authorization will expire on: at the completion of the program or the end of the court ordered deferral date (date, event, or condition of expiration – not to exceed 90 days for the one time release or one year for ongoing service provision by contracted or cooperating service provider.)

Client Signature		Date
Representative's Signature (if any)	Relationship to Client	Date
ACH or Other Healthcare Representative's Signature	Printed Name of Representative	Date

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN, USO O RECIBO DE INFORMACIÓN

Usted tiene el derecho de negarse a firmar esta autorización. Debe llenarse el formulario para que sea válido. Usted recibirá una copia de esta autorización firmada

Nombre del cliente:	NSS:	Fecha de nacimiento:
Autorizo al personal designado de ACH Child & Family Services a revelar/usar/recibir la siguiente Información Protegida de Salud (PHI por sus siglas in inglés) sobre mí (favor de describir los tipos específicos de información, incluyendo el periodo amparado):		
El personal designado de ACH puede revelar a/ recibir de:	Nombre de la persona, organización o centro:	
	Dirección:	
	Número(s) de teléfono:	
La revelación/uso es para el/los siguiente(s) propósito(s) según lo indicado por <u>las iniciales del cliente o del tutor</u> :	_____ para coordinar mi programación de alta colocación de _____ para ayudar en mi colocación educativa _____ para ayudar en la evaluación y tratamiento	_____ a mi solicitud _____ para ayudar en fondos adicionales _____ otro: <u>Asistencia y participación en el programa</u>
También autorizo la revelación/uso/recibo de mi información de salud sobre:	VIH/SIDA: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ (Iniciales obligatorio)	Tratamiento de abuso de drogas & de alcohol: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ (Iniciales obligatorio)

Nota: si usted autoriza la revelación de su PHI, entonces, con excepción de la información relacionada con el tratamiento de alcohol o drogas, existe la posibilidad que la información descrita en esta autorización sea revelada de nuevo por el receptor. Si la información vuelve a revelarse, entonces ya no estará protegida por las leyes de privacidad médica.

Nota: si usted está firmando como padre/guardián/custodio principal de un menor, la información revelada/usada/recibida puede contener referencias sobre usted y su familia.

Nota: al firmar esta autorización usted reconoce que entiende que al liberar esta información podría dañarle potencialmente y que usted está indicando a ACH que revele esta información. Usted libera a ACH de cualquier responsabilidad o daño que pudiera resultar de la revelación de esta información.

Usted tiene el derecho de revocar esta autorización. Para revocar esta autorización, deberá entregar una declaración escrita, firmada por usted, ACH, que proporciona la fecha y el propósito de esta autorización original y su intención de revocarlo. Su revocación será efectiva en la fecha de que su recepción por ACH, excepto en la medida en que ACH ya ha invocado su autorización para utilizar o revelar su información de salud como se describe en el aviso de prácticas de privacidad.

En caso de no revocarse antes, esta autorización expirará: a la finalización del programa o al final de la fecha de postergación ordenada por el juzgado (fecha, evento o condición de expiración – sin exceder de 90 días de la única revelación o un año para la provisión continua de servicio por el proveedor de servicio contratado o en cooperación).

Firma del cliente

Fecha

Firma del representante (si hay)

Relación con el cliente

Fecha

ACH o la firma de otro representante de Healthcare

Impreso el nombre del representante

Fecha