



Bluebonnet Trails Community Services
1009 N Georgetown Street. Round Rock, Texas 78664
Phone#: 512-244-8217/8214 Fax #:512-853-7066

Autorización para la divulgación, la utilización, o la recepción de información de salud protegida

Nombre del cliente: # De caso:

Fecha de nacimiento: SSN#:

1. \* Autorizo al personal designado en los servicios de la comunidad de Bluebonnet Trails

\* Nombre del Condado:

Revelar Uso Recibir la siguiente información de salud protegida sobre mí
\* Información que debe excluirse (por favor escriba en la información específica que no se debe liberar o solicitar):

Información a liberar (se debe comprobar al menos una casilla):

- Checkboxes for: Todos los registros, Evaluaciones y Evaluaciones, Psicológica / DMR / D and E, El comportamiento y progreso en la escuela, Otros, Historia del Desarrollo Social, Medicamentos, Consejería Registros, Resumen de trato (Diag, planes, notas de progreso)

Describe los tipos específicos de información y el rango de fechas de la información solicitada:

Información que debe excluirse (por favor escriba en la información específica que no se debe liberar o solicitar):

El personal designado puede divulgar a o desde:

\* Nombre de la persona / organización / instalación (se debe especificar) Relación

Dirección, City, Estado, Zip Número Telefónico Número Fax

\*A efectos de (Marque todas las que correspondan):

Motivo de la divulgación

- Checkboxes for: coordinar la planificación/colocación de la descarga, a mi solicitud de medición de resultados, para discutir con la familia el cuidado y el tratamiento que recibo en, Otro, para ayudar en la colocación educativa, para ayudar además a financiar

2. Si estoy firmando como padre/tutor/encargado de la gestión de un menor o tutor de la persona de un adulto, entiendo que la información divulgada/usada/recibida puede contener referencias a mi familia y a mí mismo.

3. También autorizo la divulgación / uso / recepción de mi información de salud con respecto a:

Abuso de alcohol y drogas Si No

Nota: A excepción de la información relacionada con las drogas y el tratamiento del abuso de alcohol, la información divulgada conforme a esta autorización puede no ser protegidos por las leyes de privacidad médica y puede ser sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario.

4. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización. Para revocar esta autorización, debo entregar una declaración por escrito, firmada por mí, a los servicios comunitarios de Bluebonnet Trails, que proporciona la fecha y el propósito de esta autorización y mi intención de revocarla. La fecha de vigencia es la fecha en que es recibida por los servicios comunitarios de Bluebonnet Trails. Entiendo que esta revocación no se aplicará a la información que ya se ha publicado como se describe en el aviso de prácticas de privacidad. A menos que se indique lo contrario, esta autorización expirará en: Las autorizaciones sin fecha de caducidad o revocación especificadas caducarán cuando sus servicios se interrumpan con los servicios comunitarios de Bluebonnet Trails.:

5. Tengo derecho a rechazar la firma de esta autorización. Los servicios comunitarios de Bluebonnet Trails no retendrán el tratamiento, los beneficios de Medicaid o el procesamiento de pagos si me niego a firmar la autorización. Recibirá una copia de esta autorización.

**6. \* AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA POR CORREO ELECTRÓNICO**

He indicado mi preferencia con respecto al intercambio de esta información por correo electrónico y he revisado los posibles factores de riesgo relacionados con el intercambio de información utilizando el correo electrónico en la parte posterior de esta página.  Si  No Información de correo electrónico que se enviará a: \_\_\_\_\_

---

**Firma del Cliente o Representante Legal:** Si está firmado por el Representante Legal, Relación con el cliente **Fecha de la solicitud**

---

Firma del testigo Fecha

(Nota: Para las personas que reciban el alcohol o el tratamiento de la toxicomanía, esta forma sirve como el consentimiento requerido por 42 CFR, Parte 2, 31)

**\* todos los artículos con asterisco deben ser llenados para ser un consentimiento válido**

### **Los riesgos potenciales relacionados con el proveedor de comunicaciones por correo electrónico**

1. El correo electrónico puede ser alterado, transmitido, interceptado, impreso y almacenado por los demás sin ser detectado.
2. Si el proveedor no puede o no seguir las instrucciones para establecer una contraseña que les permite descryptar el mensaje, que será incapaz de recibir la información por e-mail. BTCS no enviarán información de salud protegida a través de e-mail sin cifrado.
3. Errores involuntarios en entrar direcciones de correo electrónico podrían resultar en que su información se envíe a la persona equivocada.
4. Puede del Haber de la onu alcalde lapso de Tiempo Antes de Que el beneficiario es Consciente de o Responde a Enviar por Correo electrónico Información de la Que habria de fax o Formatos.
5. Debe el e-mail facilitada en el envío a la section of this forma no existe o no ser Controlados de forma regular, sin tenemos ninguna manera de Saber de Como Proteger onu Last Dirección de Correo electrónico a menos que usted Más proporcione Información de contacto de la persona, Como un Número de Teléfono o Dirección de Correo.