



Front St. Inc.

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL

Completar todas las Secciones, Fecha y Firma

I. Yo voluntariamente autorizo a Front St. Inc. a revelar y compartir información de mi historial médico.

Nombre del cliente	Fecha de nacimiento
--------------------	---------------------

II. La información se intercambiará entre:

Front St. Inc. nombre de la instalación, dirección, teléfono de contacto, dirección de correo electrónico

Nombre del destinatario/Organización/Facilidad, dirección, teléfono, dirección de correo electrónico

III.El propósito o la necesidad de esta divulgación es:

- Tratamiento Colaborativo Familia/Amistad Comunicación colocación
- Referencia Comunitaria Manejo de Seguro/Monetario
- Otro (*Especifique*)_____

IV. La información que se revelara de mi expediente médico: marque la(s) casilla(s) apropiada(s) a continuación

- Toda la Información relacionada con Mi Tratamiento
- Solo Información Relacionado Con:
 - Confirmación de Residencia
 - Resumen Básico de Salud (Cambios en Escrito/Verbal)
 - Plan de Tratamiento Notes de Progreso
 - Ordenes de Doctor Registró de Medicamentos
 - Historial Medica
 - Evaluación (Incluyendo Diagnosis)

Tratamiento para Abuso de Alcohol y Drogas y Referencias

Otro (Especifiqué) _____

Sólo el período de eventos de _____ a _____

Información específica que no debe facilitarse:

V. Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización. Entiendo que mi declinación no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o elegibilidad para beneficios.

Entiendo que puedo revocar esta autorización, por escrito, enviada en cualquier momento a la siguiente dirección: **Front St. Inc. 2115 7th Avenue, Santa Cruz, CA 95062**, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de esta autorización. Si esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro o una póliza de seguro, otra ley puede proporcionar al asegurador el derecho de impugnar una reclamación bajo la póliza. Si esta autorización no ha sido revocada, terminará un (1) año a partir de la fecha de mi firma a menos que se indique una fecha de vencimiento o evento diferente.

Especificar nueva fecha de caducidad
(si es inferior a 12 meses)

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Entiendo que la información revelada por esta autorización, excepto el Abuso de Alcohol y Drogas como se define en 42 CFR Parte 2, puede estar sujeta a la revelación por parte del receptor y ya no puede estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico Regla de Privacidad [45 CFR Parte 164], y la Ley de Privacidad de 1974 [5 USC 552a].

Firma del Cliente o Representante Personal <i>(Relación con el cliente)</i>	Fecha
Firma del Testigo / Cargo <i>(Si la firma del cliente es una huella digital o) marca</i>	Fecha

Esta información debe ser revelada para el propósito indicado anteriormente y no puede ser utilizada por el destinatario para ningún otro propósito. Cualquier persona que sabiendo y deliberadamente solicite u obtenga cualquier registro relativo a una persona de una agencia bajo pretextos falsos será culpable de un delito menor (5 USC 552a(i)(3)).