



**BEAUFORT- JASPER – HAMPTON  
COMPREHENSIVE HEALTH SERVICES, INC.**

**NAME:** \_\_\_\_\_

**CHART #:** \_\_\_\_\_

**DOB:** \_\_\_\_\_

**SSN:** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA EMISIÓN DE INFORMACIÓN**

**Sección A: Debe ser completada para todas las autorizaciones**

Yo por la presente autorizo la revelación de mi información de salud individual identificable como se describirá posteriormente. Yo entiendo que esta autorización es voluntaria. Yo entiendo que si la organización autorizada a recibir la información, no es un plan de salud o un proveedor de cuidado de salud, puede ser que la información revelada no sea protegida por las regulaciones de la privacidad federal.

**Personas/organizaciones proveedoras de información:**

**Personas/organizaciones receptoras de información:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Descripción de la información específica (incluyendo fecha(s)):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nota:** La ley del estado requiere que usted de permiso específico para la emisión de información de abajo aun aviendo marcado la caja abajo. Indique su permiso para el plan de salud. Emitir cualquier información de lo siguiente poniendo su inicial a todo lo que aplique.

Información Genética \_\_\_\_\_  
VIH/SIDA \_\_\_\_\_

Abuso de Alcohol o Sustancia \_\_\_\_\_  
Salud Mental \_\_\_\_\_

**Sección B: Debe ser completada solamente si BJHCHS, Inc. ha requerido la autorización**

- El plan de salud o proveedor de cuidado de salud debe completar lo siguiente:
  - Cuál es el propósito del uso o revelación? \_\_\_\_\_
  - Podría el plan de salud o proveedor de cuidado de salud cuestionar la autorización financiera recibida o cualquier forma de compensación en intercambio por el uso o revelación de información descrita anteriormente?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- El paciente o los representantes de los pacientes debe leer y poner las iniciales en la siguiente declaración:
  - Yo entiendo que el tratamiento de cuidado de salud y los pagos no pueden ser afectados si yo no firmo este formulario.  
Iniciales: \_\_\_\_\_
  - Yo entiendo que yo pueda ver y copiar la información descrita en este formulario si yo pregunto por esto, y que yo obtengo una copia de este formulario después que yo lo firmo.  
Iniciales: \_\_\_\_\_

**Sección C: Debe ser completada para todas las autorizaciones**

El paciente o el representante del paciente debe leer y poner las iniciales en la siguiente declaración:

- Yo entiendo que esta autorización expirará el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (DD/MM/AAAA). Iniciales: \_\_\_\_\_
- Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando la práctica por escrito, pero si yo la revoco no afectará ningunas acciones que ellos tomaran antes de que ellos recibieran la revocación. Iniciales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante del paciente  
(El formulario DEBE ser completado antes de firmar)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Escriba el nombre del representante del paciente:** \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, por el presente certifico y atestigüo que yo debidamente autorizo a actuar como representante personal y yo tengo la lealtad de firmar la autorización.

**\*USTED PUEDE REHUSARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN**

**Usted tal vez no use este formulario para revelar información para tratamiento o pagos excepto cuando la información para ser revelada tenga notas del psicoterapeuta o cierta información documentada.**

