



Patient Name:	_____
Medicaid ID#:	_____
Date Received:	_____
Date Sent:	_____
Copy to Patient:	_____ (date)

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

I consent to and authorize _____
 (Person(s) or class of persons authorized to **release** the information)

 (Address)

to release to _____
 (Person(s) or class of persons authorized to **receive** the information)

 (Address)

Description of information that may be used/disclosed:
(The information may include medical information related to treatment of alcohol, psychiatric care, psychological assessments, substance abuse, and/or HIV/AIDS, if applicable.)

Care management task notes and assessments prepared by Emtiro’s care management team for the periods from _____ to _____.

CAP Program or HIV Case Management Program (*specify*): _____ for the periods from _____ to _____.

Medical Information from the most recent visit/admission to include physician notes/ summaries and diagnostic results. (Specify department and location).
 _____.

Medical Information including physician notes/summaries and diagnostic results for the periods from _____ to _____.

As requested by the individual (receiver) identified above.

Other- specify information to release: _____

 for the periods from _____ to _____.

The information will be used / disclosed for the following purposes: *(Specify purpose for this request, e.g., treatment, care coordination, legal, community resource, etc.)*

I understand that if the person or entity that receives this information is not a health care provider or health plan covered by Federal privacy regulations, the information described above may be redisclosed and no longer protected by these regulations.

I understand that I may refuse to sign this authorization and that the agency, entity, or person requesting this authorization cannot deny me, treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits because of my refusal to sign. I may inspect or copy any information used/disclosed under this authorization to the extent allowed or required by law.

I understand I may revoke this authorization at any time by sending a notice of revocation in writing to Emtiro’s Chief Compliance Officer (compliance@emtirohealth.org). I further understand that I may not revoke this authorization to the extent that action has been taken in reliance on this authorization. This authorization expires on _____.

Unless otherwise specified or revoked, this authorization will expire one (1) year from the date signed.

 Patient’s Signature (or Personal Representative if applicable)

 Patient’s Date of Birth

 Date

 Personal Representative’s relationship to Patient to Patient

 Patient’s Phone Number

 Emtiro Staff Member Receiving Revocation (if applicable)

 Date of Revocation



Patient Name:	_____
Medicaid ID#:	_____
Date Received:	_____
Date Sent:	_____
Copy to Patient:	_____ (date)

AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Doy mi consentimiento y autorizo a _____
 (Persona(s) o clase de personas autorizadas para usar o divulgar la información)

 (Dirección)

para transmitir a _____
 (Persona(s) o clase de personas autorizadas para recibir la información)

 (Dirección)

Descripción de la información que se puede usar o divulgar:
(La información puede incluir información médica relacionada con el tratamiento del alcoholismo, atención psiquiátrica, evaluaciones psicológicas, abuso de sustancias y/o VIH/SIDA, si correspondiera)

Información del manejo de la atención médica y evaluaciones preparadas por el equipo de manejo del cuidado médico Emtiro HHealth para los períodos desde _____ hasta _____.

Programa CAP o Programa de Manejo de Casos de VIH- especifique información que se divulgará: _____ para los períodos desde _____ hasta _____.

Información Médica de la visita / hospitalización más reciente que incluya notas / resúmenes del médico y resultados de diagnóstico. Especifique qué departamento y su ubicación. _____.

Información Médica que incluye notas / resúmenes del médico y resultados de diagnóstico para los períodos desde _____ hasta _____.

Otro- especifique la información a divulgarse: _____ para los períodos desde _____ hasta _____.

La información será usada o divulgada para los siguientes propósitos:
(Por favor, especifique el motivo de esta solicitud, por ej., tratamiento, coordinación de cuidados, legal, recurso comunitario, etc.)

A solicitud del individuo.

Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o plan médico protegido por los reglamentos federales de privacidad, la información descrita arriba podrá volver a divulgarse y ya no estará protegida por estos reglamentos.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que dicha negativa de firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o pago o mi derecho a beneficios. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información usada o divulgada bajo esta autorización hasta el grado permitido por ley.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación de revocación, por escrito al Oficial de Privacidad de Emtiro. Además, entiendo que no puedo revocar esta autorización cuando ya se han tomado medidas basadas en esta autorización. Esta autorización vence el _____, A menos que se especifique o se revoque, esta autorización se vencerá a un (1) año de la fecha en que se firmó.

Firma del representante personal o del paciente (si aplica)

Fecha de nacimiento del paciente

Fecha

Relación del Representante Personal con el paciente

Número de teléfono del paciente

Miembro del Personal que Recibe Revocación
(si aplica)

Fecha de Revocación