

**CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION
CONCERNING
ALCOHOLISM/DRUG ABUSE PATIENT**

Case No.

Facility _____ Unit

Instructions: GIVE A COPY OF THE FORM TO THE PATIENT! Prepare one (1) copy for the Patient's Case Record. If form is used for billing purposes, prepare an additional copy for the Resource and Reimbursement Agent. If this form is sent to another agency with a request for information, prepare an additional copy for the Patient's Case Record.

**(DISCLOSURE) / (RELEASE) WITH PATIENT'S CONSENT
(CIRCLE)**

EXTENT OR NATURE OF INFORMATION TO BE DISCLOSED/RELEASED

PURPOSE OR NEED FOR DISCLOSURE/RELEASE

NAME OR TITLE OF PERSON OR ORGANIZATION
DISCLOSING/RELEASING INFORMATION

NAME or TITLE OF PERSON OR ORGANIZATION
WHICH THE DISCLOSURE IS TO BE MADE

Between:

And:

I, the undersigned, have read the above and authorize the staff of the disclosing/releasing facility named to disclose/release such information as herein contained. I understand that this consent may be withdrawn by me in writing at any time except to the extent that action has been taken in reliance upon it. This consent shall expire six (6) months from its signing, unless a different time period, event or condition is specified below, in which case such time period, event or condition shall apply. I also understand that any disclosure/release is bound by Title 42 of the Code of Federal Regulations governing the confidentiality of alcohol and drug abuse patient records, as well as the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA") 45 C.F.R. Pts. 160 & 164; and that redisclosure of this information to a party other than the one designated above is forbidden without additional written authorization on my part.

Time period, event or condition replacing period specified above:

NOTE:

Any information released through this form will be accompanied by the form
Prohibition on Redisclosure of Information Concerning
Alcoholism/Drug Abuse Patient (TRS-1)

I understand that generally the program may not condition my treatment on whether I sign a consent form, but that in certain limited circumstances I may be denied treatment if I do not sign a consent form. I have received a copy of this form, as recognized by my signature below.

(Signature of Patient)

(Signature of Parent/Guardian, when required)

(Print Name of Patient)

(Print Name of Parent/Guardian)

(Date)

(Date)

Apellido Del Paciente _____ First _____ M.I. _____

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION QUE SE REFIERE A UN PACIENTE DE ALCOHOLISMO/ABUSO DE DROGAS

Numero Del Caso _____

Centro _____ Unidad _____

Instrucciones: UNA COPIA DEL FORMULARIO PARA EL PACIENTE! Prepara una (1) copia para el historial del paciente. Si este formulario es utilizado para propositos de cobro, preparar una copia adicional para el Agente de Recursos y Reembolso. Si este formulario se manda a otra agencia solicitando informacion, prepare una copia adicional para el historial del paciente.

**(REVELACION) / (DIVULGACION) CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE
(CIRCULE)**

LIMITES O TIPO DE INFORMACION QUE SERA REVELADA/DIVULGADA

PROPOSITO O NECESIDAD PARA LA REVELACION/DIVULGACION

NOMBRE O TITULO DE LA PERSONA U ORGANIZACION REVELANDO/DIVULGANDO INFORMACION

NOMBRE O TITULO DE LA PERSONA U ORGANIZACION AGUIEN SE LE REVELARA/DIVULGARA LA INFORMACION:

ENTRE:

And:

Yo, quien abajo firmo, he leído lo de arriba y autorizo al personal de la institucion nombrada que revelera/divulgara tal informacion contenida. Yo comprendo que este consentimiento puede ser retirada por mi, en escrito, en cualquier tiempo excepto al punto que ya haya sido divulgada basado en este consentimiento. Este consentimiento se expira seis (6) meses despues de ser firmado, a menos que un periodo diferente, evento o condicion sea especificado abajo, en tal caso ese periodo, evento o condicion aplicara. Yo tambien comprendo que cualquiera divulgacion esta limitado por el Titulo 42 delCodigo de Regulaciones Federales que gobiernan la confidencialidad de archivos de alcohol y abuso de drogas, al igual que el codigo de la Portabilidad de Seguro de Salud y Contabilidad del 1996 ("HIPAA") 45 C.F.R. PTS. 160 y 164; y que divulgar de Nuevo esta informacion a personas/instituciones ademas de la nombrada arriba es prohibida sin autorizacion adicional de mi parte.

Periodo, evento, o condicion reemplazando el periodo especificado arriba:

NOTA:

Cualquier informacion divulgada atraves de este formulario sera acompanada por el formulario que prohíbe la Divulgacion de informacion que Concierno un Paciente De Alcoholismo/Abuso de Drogas (TRS-1)

Yo comprendo que generalmente el programa no pone como condicion de mi tratamiento que you firme este consentimiento, pero que en ciertas circunstancias limitadas tratamiento se me puede negar si you no firmo este consentimiento. Yo he recibido una copia este formulario como es reconocido por mi firma abajo.

(Firma del Paciente)

(Firma del Pariente/Guardian, cuando sea requerido)

Nombre del Paciente en letra de Molde)

(Nombre del Pariente Guardian, en letra de Molde)

(Fecha)

(Fecha)