

**NRBH AUTHORIZATION AND  
CONSENT TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION**

I, (PRINT CLIENT NAME) \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_, hereby authorize North Range Behavioral Health to release and receive information to coordinate my care by communicating all necessary protected health information in the provision of mental health and/or substance abuse services, and services to children and families.

**Information to be released or requested:** (Check every box applicable.)

- All medical and mental health treatment records which includes mental health condition and treatment, for all dates of treatment:** Including, but not limited to  clinical charts,  office notes,  test reports,  test data,  physician notes,  notes of Progress-to-Date,  consultation reports and notes,  outpatient records, and  correspondence related to clinical matters.
- Verbal communications:** Including communication either verbally or in writing with the person(s) or entity(ies) listed below, regarding all the released information available, including information contained in treatment records as described above, and is authorized to give opinions and answer questions.
- Drug abuse or alcohol abuse, which includes, if any, alcohol and substance abuse condition and treatment information.** Includes all information regarding any assessment, diagnosis, referral, history, or discussion of drug abuse or alcohol abuse.
- Other:** \_\_\_\_\_

I understand that my records are protected under federal regulations, including HIPAA and 42 C.F.R. Part 2, Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records, and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in the regulations. I also understand that the recipient of this information may in some circumstances re-disclose it and the information may then no longer be protected by HIPAA. I understand that I may revoke this consent at any time, except to the extent that action has been taken in reliance on it, and that my revocation must be in writing. I also understand that NRBH will release information to third party payer sources for the sole purpose of billing for my treatment. This disclosure is for the purpose of  **Treatment**,  **Payment**,  **Operations**, or  **Other**. If "Other" is checked, regardless of whether additional purposes are also checked, this form is a HIPAA compliant Authorization. As such, the Center may not condition treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits on your signing this Authorization. You are entitled to a copy of this Authorization. Please ask for a copy if one is not offered to you.

**Information to be released to or from:**

Name of agency or person

Address/Telephone

**NOTICE:** If during the course of your treatment you choose to disclose information concerning Human Immune Deficiency Virus (HIV) or Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), that information may be contained in the records released to the above named individual or agency.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF CLIENT OR PERSONAL REPRESENTATIVE

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
If a personal representative is making this request, print name, legal authority and relationship to client

\_\_\_\_\_  
WITNESS SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
DATE

This consent expires upon and cannot be used past the following date: (Not to exceed one (1) year): \_\_\_\_\_

I hereby revoke this consent to Release/Authorization for Information.

Consumer Signature

Date

Witness Signature

Date

**AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO  
DE REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DE NRBH**

Yo, (IMPRIMA NOMBRE DEL CLIENTE) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_, por la mediante, autorizo a North Range Behavioral Health a dar o recibir información para coordinar mi tratamiento a través de la comunicación de toda información de salud protegida para el proveer servicios de salud mental y/o servicios de substancias, y servicios a menores y familias.

**Información que se dará o se pedirá:** (Marque cada casilla aplicable.)

- Todo archivo de tratamiento médico y salud mental cuales incluyen condición y tratamiento de salud mental, para toda fecha de tratamiento:** Incluye, pero no limitado a  archivos clínicos,  notas de la oficina,  informes de exámenes,  datos de exámenes,  notas médicas,  notas de progreso-hasta-la-fecha,  notas y reportes de consulta,  archivos de paciente externo, y  correspondencia de materia clínica.
- Comunicaciones verbales:** Incluye comunicación verbal o escrita con la persona(s) o entidad(es) anotada(s) abajo, con respecto a toda la disponible información revelada, incluyendo información contenida en archivos de tratamiento tal como descrito arriba, y es autorizado a dar opiniones y contestar preguntas.
- Abuso de drogas o abuso de alcohol, cual incluye, si existe, información sobre condición y tratamiento de abuso de alcohol y substancias.** Incluye toda información tocante cualquier evaluación, diagnosis, remisión, historia, o discusión del abuso de alcohol o drogas.
- Otro:** \_\_\_\_\_

Yo entiendo que mis archivos son protegidos bajo regulación federal, incluyendo HIPAA y 42 C.F.R., Parte 2, Confidencialidad de Archivos de Pacientes de Alcohol y Droga, y no se puede revelar sin mi permiso por escrito al menos que sea provisto en las regulaciones. También entiendo que el recipiente de la información pueda en algunas circunstancias revelar la información de nuevo y la información entonces podría no ser protegida por HIPAA. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, salvo si se ha tomado acción en relación con ella, y que mi revocación tiene que ser por escrito. También entiendo que NRBH revelará información a fuentes de pago de tercer partido con el único propósito de facturación para mi tratamiento. Esta revelación es para el propósito de  **Tratamiento**,  **Pago**,  **Operaciones**, u  **Otro**. Si "Otro" esta marcado, sin embargo que también hallan propósitos adicionales marcados, esta forma esta en Autorización conforme con HIPAA. Por lo cual, el Centro no pude ponerle condiciones a su tratamiento, pago, inscripción, o elegibilidad para beneficios a su firmar esta Autorización. Tiene derecho a una copia de esta Autorización. Por favor pida una copia si no se le ofrece una.

**Información de revelar a o de:**

Nombre de la persona o agencia

dirección/teléfono

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AVISO:** Si durante el transcurso de su tratamiento usted elige revelar información con respecto al Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), la información podría ser contenida en los archivos revelados al individuo u agencia nombrado arriba.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CLIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL

\_\_\_\_\_  
FECHA

Si un representante personal esta hacienda la petición, imprima el nombre, autoridad legal y relación al cliente.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL/LA TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FECHA

Este consentimiento se vence y no se puede usar después de la siguiente fecha: (No puede exceder un (1) año): \_\_\_\_\_

**Por medio de la siguiente firma revoco este consentimiento de Revelar/Autorización de información.**

Firma del consumidor(a)

Fecha

Firma del testigo

Fecha