HUMAN BEHAVIOR INSTITUTE
Full Service Behavioral Health

Authorization to Release Protected Health Information (PHI)

Signature must be notarized if NOT witnessed by an authorized HBI representative.

Name of Patient:	Date of Birth: _ _ / _ _ / _ _ _ _	Social Security #: _ _ _ - _ _ - _ _ _ _
INFORMATION TO BE RELEASED **FROM**:		
Provider/Agency:		Tel. No.: ( )
Mailing Address: Street Address City State Zip		Fax No.: ( )
INFORMATION TO BE RELEASED **TO**:		
Provider/Agency:		Tel. No.: ( )
Mailing Address: Street Address City State Zip		Fax No.: ( )

PURPOSE/S FOR WHICH THE INFORMATION IS TO BE USED – Initial each purpose for releasing the PHI

_____ Continuity of Care _____ Diagnosis and Treatment _____ Coordination of Care/Treatment

_____ Other (Specify) _____

TYPE INFORMATION TO BE RELEASED – Initial each item of information to be released

_____ Psychiatric Evaluation Report _____ Treatment Progress Report _____ Medication / Pharmacy Records

_____ Lab or Drug-Screen Report _____ Other (Specify) _____

TYPE DISCLOSURE – Initial the type/s of disclosure

_____ By Fax ATTN:_____ _____ Written / Document Copy (Note: HBI may charge $0.60 per page to copy patient's records, per Nevada State Law) _____ Verbal / Telephonic / In-person

INFORMATION FOR INFORMED CONSENT

The confidentiality of medical, psychiatric and substance abuse information is protected by State and Federal Statutes, Rules and Regulations including Nevada Revised Statutes and Title 42 of the Code of Federal Regulations. These Statutes, Rules and Regulations require that the individual give informed consent prior to the release of any health/hospital records or information, except as specifically provided for within the Statutes, Rules and Regulations.

Consent to release information will be considered valid only when it states: (1) who will release the information; (2) who will receive the information; (3) the purpose for which the information will be used; (4) what specific information will be released; and (5) when the consent will expire. The consent must contain the individual's or authorized representative's signature and the date of the signature. The authorized representative signing for the client must submit a copy of the legal document(s) granting this authority.

This authorization for the Release of Medical Information waives any and all rights that the individual now has or in the future may have to bring any legal action against the releasing person/facility for any damages caused directly or indirectly by the release of this information or other confidential information. Upon request, the individual will be given a copy of the completed "Authorization for the Release of Protected Health Information". If copies must be made, Nevada State Law allows an administrative fee of $0.60 per page to copy patient records, payable upon request.

This authorization is effective immediately and is subject to revocation in writing at any time, except to the extent that action has already been taken in reliance thereon. Otherwise, this authorization expires_____ days from the date of signing (but no longer than 365 days) or upon case closure, whichever occurs first.

I, the undersigned, agree and authorize the RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION pursuant to the specifications identified above. File copy is considered equivalent to the original. I further acknowledge that the information to be released was fully explained to me and this consent is given on my own free will.

_____ _____

Patient's Signature Date
(If minor, must be signed by Parent/Guardian)

Notary or HBI Authorized Signature Date
Notary is NOT REQUIRED if signed in front of an authorized HBI representative

Print Name of Parent/Guardian/
Authorized Representative: _____

NOTARY SEAL:

☐ **PATIENT REFUSAL TO RELEASE PHI: I have reviewed the above release of information form with the patient and discussed the importance of coordinating care between mental health and medical care providers. The patient has refused to authorize release of mental health and/or alcohol or drug abuse treatment records.**

Signature of Provider: _____ Date: _____

HUMAN BEHAVIOR INSTITUTE
Full Service Behavioral Health

Authorizacion para Revelar/Divulgar Informacion de Salud Protegida

Firma debe de ser notarizada o si no un representante autorizado de HBI debe de ser su testigo.

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social:
INFORMACION PARA SER REVELADA/DIVULGADA DE:		
Proveedor/Agencia:		Tel. No.: ( )
Direccion: Numero y Calle Ciudad Estado Codigo Postal		Fax No.: ( )
INFORMACION PARA SER REVELADA/DIVULGADA PARA:		
Proveedor/Agencia:		Tel. No.: ( )
Direccion: Numero y Calle Ciudad Estado Codigo Postal		Fax No.: ( )

PROPOSITO/S POR LA CUAL ESTA INFORMACION VA A SER UTILIZADA
Escriba sus iniciales en cada proposito por el cual usted esta de acuerdo en como utilizar su informacion personal

_____ Continuidad de Servicios de Atencion _____ Diagnóstico y Tratamiento _____ Coordinación de los Servicios de Atención / Tratamiento

_____ Otro (Especifique) _____

TIPO DE INFORMACION PARA SER REVELADA/DIVULGADA – Escriba sus iniciales en cada tipo de informacion por el cual usted esta de acuerdo en revelar/divulgar

_____ Informe de Evaluación Psiquiátrica _____ Progreso del tratamiento _____ Informes de Medicamentos/Farmacia

_____ Informe de Laboratorio/Examen de Drogas _____ Otro (Especifique) _____

TIPO DE REVELACION/DIVULGACION – Escriba sus iniciales en tipo/s de revelacion/divulgacion

_____ Por Fax ATTN: :_____ _____ Escrito/Fotocopia del Documento **(Nota: Por la ley del Estado de Nevada, HBI puede cobrarle $0.60 por cada pagina del informe del paciente)** _____ Verbal/Por Telefono/ En Persona

INFORMACION PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La confidencialidad de la informacion medica, psiquiatrica y abuso de estupefacientes esta protegida por las Leyes Federales y del Estado, Normas y Reglamentos incluyendo las Leyes Revisadas de Nevada y el Titulo 42 del Codigo de Reglamentos Federales. Estas Leyes, Normas y Reglamentos requieren que la persona de consentimiento informado antes de revelar/divulgar cuarquier informacion o informes medicos o del hospital, con excepcion de como se describe dentro de las Leyes, Normas y Reglamentos.

Consentimiento para revelar/divulgar informacion es considerada valida solamente cuando se afirma: (1) quien va a revelar/divulgar la informacion; (2) quien va a recibir la informacion; (3) cual es el proposito por la cual se va a utilizar la informacion; (4) que informacion va a ser revelada/divulgada; y (5) cuando se vence el consentimiento. El consentimiento debe contener la firma y fecha de la persona o del representante autorizado. El representante autorizado debe de presentar una copia del documento/s legal donde se le autoriza ser un representante autorizado.

Esta autorizacion para revelar/divulgar su informacion medica renuncia a cualquier o todos los derechos que la persona tiene o tendra para llevar a cabo cualquier action legal en contra de la persona/agencia causante de cualquier daño causado directa o indirectamente por revelar/divulgar esta informacion o cualquier otra informacion confidencial. Si la persona lo solicita, se le puede dar una copia llena de la "Authorizacion para Revelar/Divulgar Informacion de Salud Protegida."

Esta autorizacion es valida inmediatamente y puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto en caso en que la acción ya halla sido adoptada. De otra manera, esta autorizacion expira en_____ dias desde la fecha de la firma (pero no mas de 365 dias) o en el momento del cierre del caso, lo que ocurra primero.

Yo, el suscrito, estoy de acuerdo y autorizo la Authorizacion para Revelar/Divulgar Informacion de Salud Protegida de conformidad con las especificaciones identificadas anteriormente. La copia en los archivos se considera equivalente a la original. Además reconozco que me explicaron completamente la información que va a ser revelada/divulgada y este consentimiento se da en mi propia voluntad.

_____ _____
Firma del Paciente Fecha
(Si es menor de edad, debe de ser firmada por el Padre/Madre/Guardian)

Escriba el Nombre del Padre/Madre/Guardian/
Representante Autorizado: _____

_____ _____
Firma del Notario o Representate de HBI Fecha

Sello del Notario:

☐ **RECHAZO DEL PACIENTE PARA REVELAR/DIVULGAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA: Revisé la informacion anterior acerca de revelar/divulgar informacion con el paciente y hablamos de la importancia acerca de coordinar servicios de atencion entre salud mental y los proveedores de atencion medica. El paciente rechazo la autorizacion para revelar/divulgar los informes acerca de su salud mental y/o informes acerca de abuso de alcohol o estupefacientes.**

Firma del Proveedor: _____ Fecha: _____