AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Id. de VBH: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del cliente: _____ **Otros nombres utilizados:**_____

Dirección: _____**Ciudad:** _____ **Estado:** _____**Código postal:** _____

Número de teléfono: _____ **Correo electrónico:** _____

Autorizo a Valley Behavioral Health a divulgar mis registros a la siguiente persona o tipo de persona:

Nombre o agencia: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Correo electrónico: _____Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Caducidad*: ☐ 1 año desde la fecha de la firma ☐ Divulgación por única vez

☐ Otro (fecha/evento/condición): _____

** Si esta divulgación se realiza a un miembro del sistema de justicia penal como parte de un tratamiento que ordenó un tribunal en virtud de la Parte 2, este período de caducidad debe ser razonable según la duración del tratamiento, el tipo de procedimiento penal y otros factores que el miembro del sistema de justicia penal considere pertinentes.*

Método de comunicación: ☐ Correo electrónico ☐ Recogida (solo con cita) ☐ Correo postal

☐ Fax: _____

Esta autorización es para (elija 1 opción): ☐ Comunicación ***verbal*** *recíproca*

☐ Divulgar registros (uso actual o futuro)

(Enviar los registros ahora ☐ sí ☐ no)

Objetivo de la solicitud: ☐ Legal ☐ Personal ☐ Otro (especificar) _____

Divulgar la siguiente información:

Salud mental: ☐ Evaluación ☐ Plan de atención ☐ Notas de terapia individual ☐ Notas del equipo médico ☐ Registros de facturación ☐ Otra (especificar) _____

Trastorno por consumo de sustancias: ☐ Evaluación ☐ Plan de atención ☐ Notas de terapia individual ☐ Notas del equipo médico ☐ Registros de facturación ☐ Otra (especificar) _____

Fechas del servicio que se divulgarán: ☐ Todas las fechas ☐ Rango de fechas específico

_____

Entiendo que:

- Entiendo que la información que se divulgará puede incluir referencias a información confidencial relacionada con el tratamiento por consumo de drogas o alcohol, que puede estar protegida por la ley federal en virtud del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Parte 2. Al marcar las casillas relacionadas con esta información, en esta divulgación se revelará mi presencia como cliente de Valley Behavioral Health y que estoy recibiendo este tipo de tratamiento.
- Una vez que Valley Behavioral Health divulgue mi información médica a solicitud mía, no puede garantizar que el destinatario no vuelva a divulgar mi información médica a un tercero. Es posible que el tercero no esté obligado a cumplir con las leyes federales y estatales que rigen el uso y la divulgation de mi información médica. Valley Behavioral Health no hace nuevas divulgaciones de información de salud protegida (protected health information, PHI) recibida de agencias, entidades o proveedores externos, excepto cuando la ley así lo exige.

- Valley Behavioral Health no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir los beneficios a que yo firme esta autorización.
- Puedo revisar, solicitar o copiar cualquier información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el Departamento de Historias Médicas de Valley Behavioral Health.
- Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento mediante un correo electrónico a medicalrecords@valleycares.com, excepto en la medida en que (1) se hayan tomado medidas basándose en ella; o (2) la autorización se haya otorgado como condición para obtener la cobertura del seguro y la aseguradora tenga el derecho legal de impugnar una reclamación en virtud de la póliza.
- Sin embargo, si esta autorización es para un tratamiento que ordenó un tribunal en virtud de la Parte 2, será revocable después del transcurso de un plazo determinado o la ocurrencia de un evento específico y verificable que no se prolongue más allá de la resolución definitiva de la acción o la libertad condicional.

Asimismo, presto mi consentimiento para que mi firma electrónica sea válida y exigible como si hubiera firmado en persona, y lo acepto.

_____	_____
Firma del cliente o del representante personal	Fecha
_____	_____
Nombre del representante en letra de imprenta	Relación con el cliente
_____	_____
Firma de integrante del personal	Fecha

Información de contacto del Departamento de Historias Médicas de VBH: T: 801-273-6425, F: 385-388-8670, medicalrecords@valleycares.com V2.2026