

Authorization for the Disclosure of Protected Health Information

Autorización para la Divulgación de Información de Salud Protegida

Including Mental Health and/or Substance Use Information (Incluyendo información sobre salud mental y/o uso de sustancias)

 Client First Name (<i>Nombre del Cliente</i>)	 Client Last Name (<i>Apellido del Cliente</i>)	 Also known as (<i>También conocido como</i>)
 Date of Birth (<i>Fecha de nacimiento</i>)	 Social Security Number (<i>Seguro Social</i>)	 Telephone (<i>Teléfono</i>)
 Address (<i>Dirección</i>)		 City, State Zip (<i>Ciudad, Estado Código Postal</i>)

The information may be released to/obtained from: (<i>La información puede ser divulgada u obtenida de</i>) Name/Agency (<i>Nombre/Agencia</i>) Relationship/Specific Staff (<i>Relación/Personal específico</i>) Address (<i>Dirección</i>) City/State/Zip (<i>Ciudad, Estado Código Postal</i>) Telephone (<i>Teléfono</i>)	Purpose or Need for Disclosure (<i>Propósito De La Divulgación</i>): (please review and select below) (<i>revise y seleccione a continuación</i>) ☐ Treatment Coordination/Involvement (<i>Coordinación del tratamiento/Participación</i>) ☐ Legal (<i>Legal</i>) ☐ Transfer Treatment Provider (<i>Transferir proveedor de tratamiento</i>) ☐ Other (<i>Otro</i>):
---	--

I, the (Client or Legal Representative) hereby authorize **CrossWinds Counseling & Wellness** to perform the selected actions below:
 (Yo, el (Cliente o Representante Legal), por la presente autorizo a **CrossWinds Counseling & Wellness** a realizar las acciones seleccionadas a continuación:
 (Initial next to checked box if not completed electronically) (*Iniciales junto a la casilla, si no se complete electrónicamente*)

RELEASE (DIVULGAR)	OBTAIN (OBTENER)	If relevant, the following may contain substance use information. (Si es relevante, lo siguiente puede contener información sobre el uso de sustancias.)
☐	☐	Attendance List (<i>Lista de asistencia</i>)
☐	☐	Correspondence/Summary (<i>Correspondencia/Resumen</i>)
☐	☐	Diagnosis Summary (<i>Resumen del diagnóstico</i>)
☐	☐	Discharge Summary (<i>Resumen de alta</i>)
☐	☐	Education Reports/Employment Performance Report (<i>Informes educativos/laborales</i>)
☐	☐	Forms (FMLA, Questionnaires, Safety Plans, Crisis Plans) (<i>Formularios-FMLA, Cuestionarios, Planes de Seguridad, Planes de Crisis</i>)
☐	☐	Intake Assessment/Evaluations (<i>Evaluación de Admisión/Evaluaciones</i>)
☐	☐	Medical Reports/Labs (<i>Informes médicos/Laboratorios</i>)
☐	☐	Medication List (<i>Lista de medicamentos</i>)
☐	☐	Progress Notes (<i>Notas de progreso</i>)
☐	☐	Treatment Plan(s) (<i>Plan(es) de tratamiento</i>)

Substance Use Disorder Information (Información sobre Trastorno por Consumo de Sustancias) (Alcohol/Drogas)

RELEASE (DIVULGAR)	OBTAIN (OBTENER)	
☐	☐	Attendance List (<i>Lista de asistencia</i>)
☐	☐	Substance Use Correspondence/Summary (<i>Correspondencia/Resumen sobre el Uso de Sustancias</i>)
☐	☐	Substance Use Diagnosis Summary (<i>Resumen del Diagnóstico de Uso de Sustancias</i>)
☐	☐	Substance Use Discharge Summary (<i>Resumen de Alta por Uso de sustancias</i>)
☐	☐	Substance Use Evaluation/Intake Assessment (<i>Evaluación del Consumo de Sustancias/Evaluación de Admisión</i>)
☐	☐	Substance Use Progress Notes (<i>Notas de progreso sobre el consumo de sustancias</i>)
☐	☐	Substance Use Screenings/Assessments (<i>Pruebas/Evaluaciones de Uso de Sustancias</i>)
☐	☐	Substance Use Treatment Plan(s) (<i>Plan(es) de Tratamiento para el Uso de Sustancias</i>)
☐	☐	UDS (Urine Drug Screen) (<i>Prueba de drogas en orina</i>)

Release Other (*DIVULGAR Otro*): **Obtain Other** (*OBTENER Otro*):

VERBAL COMMUNICATION (*Initial* next to checked box if not electronically selected) **COMUNICACIÓN VERBAL** (*Casilla inicial* si no está pre-escrita)
 Documents do not need to be selected to release/obtain, if only verbal communication is needed. *No es necesario seleccionar documentos para liberar/obtener si solo se requiere comunicación verbal.*
☐ I authorize verbal communication with the entity listed above to coordinate treatment, allow discussion of treatment progress and discuss relevant concerns or treatment issues regarding the client.
 (Autorizo la comunicación verbal con la entidad mencionada anteriormente para coordinar el tratamiento, permitir la discusión sobre el progreso del tratamiento y tratar preocupaciones o temas relevantes del tratamiento relacionados con el cliente.)

DISCLOSURE LIMITATIONS: (ex: Insurance, Substance Use, Scheduling only, Date range of services, etc.) The information indicated above will be disclosed unless there are specific restrictions noted below:

(LIMITACIONES DE DIVULGACIÓN: (por ejemplo: Seguro, Uso de Sustancias, Solo Programación, Rango de fechas de los servicios, etc.) La información indicada arriba será divulgada a menos que se indiquen restricciones específicas a continuación:)

I understand that this authorization will remain in effect until I revoke it, either verbally or in writing. It is my responsibility to revoke any authorization that is no longer needed. I can revoke this authorization at any time, except for information that has already been shared or if the program has already acted based on this authorization. It will be my responsibility to inform CrossWinds staff and complete the Revocation Authorization Form if I want to revoke the authorization. (KAR 30-60-47(b)(7), AAPS guidelines, Chapter 7, 1.a. (7), and 42 C.F.R. Part 2 Regulations) *(Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor hasta que la revoque, ya sea verbalmente o por escrito. Es mi responsabilidad revocar cualquier autorización que ya no sea necesaria. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto para la información que ya se haya compartido o si el programa ya ha actuado en base a esta autorización. Será mi responsabilidad informar al personal de CrossWinds y completar el Formulario de Revocación de Autorización si deseo revocar la autorización. (KAR 30-60-47(b)(7), directrices de AAPS, Capítulo 7, 1.a. (7), y Regulaciones 42 C.F.R. Parte 2)*

I understand that state and federal confidentiality laws allow only the specific information listed to be shared, and only with the person or agency named. (KAR 30-60-47(b)(5)(B), AAPS Guidelines, Chapter 7, 42 C.F.R. Part 2 Regulations) *(Entiendo que las leyes estatales y federales de confidencialidad permiten que solo se comparta la información específica listada, y únicamente con la persona o agencia nombrada. (KAR 30-60-47(b)(5)(B), Directrices AAPS, Capítulo 7, Regulaciones 42 C.F.R. Parte 2)*

I understand that some records, including information about communicable diseases, may be protected by federal or state law. I give permission for any of these protected records to be released according to these laws. (Public Health § 65-6004) *(Entiendo que algunos registros, incluida la información sobre enfermedades transmisibles, pueden estar protegidos por la ley federal o estatal. Doy permiso para que cualquiera de estos registros protegidos se divulgue de acuerdo con estas leyes. (Salud Pública § 65-6004)*

Any person or organization that receives my information under this authorization is generally prohibited by law from sharing it again. They will be notified of this restriction whenever the information is exchanged. However, if the person or organization receiving the information is not a health care provider, health plan, or otherwise covered by federal privacy laws, they might share the information again, as it may no longer be protected by federal privacy laws. I also understand that substance use disorder treatment information may have additional protection, and certain people or organizations are not allowed to re-disclose that information. (42 C.F.R. Part 2 Regulations) *(Cualquier persona u organización que reciba mi información bajo esta autorización está generalmente prohibida por la ley de compartirla nuevamente. Se les notificará sobre esta restricción cada vez que se intercambie la información. Sin embargo, si la persona u organización que recibe la información no es un proveedor de atención médica, plan de salud o no está cubierta por leyes federales de privacidad, podrían compartir la información nuevamente, ya que podría dejar de estar protegida por las leyes federales de privacidad. También entiendo que la información sobre el tratamiento de trastornos por uso de sustancias puede tener protección adicional, y ciertas personas u organizaciones no tienen permitido volver a divulgar esa información. (Reglamentos 42 C.F.R. Parte 2)*

I understand that unless I revoke this authorization, it will automatically expire 1 year from the client/guardian signature date or upon the specific date or event entered below (not to exceed 1 year) *Entiendo que, a menos que revoque esta autorización, expirará automáticamente 1 año después de la fecha de firma del cliente/tutor o en la fecha o evento específico indicado a continuación (sin exceder 1 año)*

(Complete this box **ONLY** if different than one year after the signature date)

(Complete esta casilla **SOLO** si es diferente a un año después de la fecha de la firma)

I understand that this authorization waives the community mental health center-patient privilege described in K.S.A. 65-5601 et seq. *(Entiendo que esta autorización renuncia al privilegio paciente-centro de salud mental comunitario descrito en K.S.A. 65-5601 y siguientes).*

I understand that my treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits will not be conditioned on whether I sign this authorization. *(Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no estará condicionado a si firmo esta autorización.)*

I verify that this authorization is voluntary; and that I have asked and received answers to my questions. *(Verifico que esta autorización es voluntaria; y que he hecho preguntas y recibido respuestas a las mismas.)*

THIS DOCUMENT IS NOT VALID UNLESS ACCOMPANIED WITH A SIGNATURE PAGE (ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO A MENOS QUE VAYA ACOMPAÑADO DE UNA PÁGINA DE FIRMAS)

--	--	--	--

Client/Legal Authorized Representative Signature
Firma del Cliente/Representante Legal Autorizado

Printed Name
Nombre en letra de imprenta

Date
Fecha

Relationship to Client
Relación con el cliente

(Complete the following information if address is DIFFERENT from Client) (Complete la siguiente información si la dirección es DIFERENTE a la del Cliente)

--	--	--	--

Address (Dirección)

City (Ciudad)

State (Estado)

Zip Code (Código Postal)

--

Telephone # (Teléfono)

--

CrossWinds Staff Printed Name ☐ Witnessed ☐ Received
(Nombre impreso del personal de CrossWinds)

--

Date (Fecha)

Action Needed (Acción Necesaria)

☐	Send Records (Enviar registros)
☐	Request Info (Solicitar información)
☐	Service Letter (Carta de servicio)
☐	File in Chart (Archivo en gráfico)

"This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules (42 CFR part 2). The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient."

"Esta información le ha sido divulgada a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las normas federales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que se refiere o según lo permitido por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente que abuse de alcohol o drogas."

Signature Page (Página de Firma)