

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Autorizo a Oaklawn Psychiatric Center, Inc. y a las personas mencionadas abajo a compartir información acerca de mi. Doy por entendido que:

- A menos que yo tache una o más de las siguientes opciones, se podrá incluir información sobre el tratamiento/diagnóstico de 1) SALUD MENTAL ; 2) TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS ; 3) resultados de exámenes de ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, incluyendo TUBERCULOSIS y SIDA/HIV (el virus que causa el SIDA); y 4) INFORMACION DE ESTUDIOS GENETICOS mia o de mi familia. (Si yo limito esta autorización, Oaklawn no podrá compartir ninguna información.)
- Excepto por el tratamiento del trastorno por uso de sustancias, la información puede ser revelada por la persona (s) que lo recibe y ya no está protegida por la regulación federal de privacidad. Puedo solicitar una lista de divulgaciones en cualquier momento.
- Yo puedo negarme a autorizar divulgaciones (excluyendo divulgaciones por razones del tratamiento o por cuestiones operacionales) sin que esto afecte mi habilidad de recibir tratamiento, pago, inscripción o mi elegibilidad de los beneficios.
- Yo puedo revocar este permiso en cualquier momento notificando a Archivos Clínicos de Oaklawn, P.O. Box 809, Goshen, IN 46527, (574) 533-1234. Oaklawn no es responsable por documentos que se envíen en el momento entre la autorización y la revocación, documentos que no requieren una autorización, permisos donde la autoridad legal haya cambiado, o permisos hechos bajo una orden judicial correspondiente.

CLIENTE:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____
 Ciudad, Estado, Código Postal: _____
 Teléfono: _____ Número de Seguro Social: _____

OTRA PERSONA, ORGANIZACIÓN O ENTIDAD:

¿Es un proveedor de tratamiento? Si No

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad, Estado, Código Postal: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____

- 1) **Doy permiso a (marque todo lo que corresponda):** Comunicación Verbal Copias de archivos Correspondencia
- 2) **Con el propósito de (marque todo lo que corresponda):** Coordinación de servicios A pedido del cliente Otro (especificar): _____
- 3) (Opcional) **Duración:** Limitar la información por el periodo de tiempo del tratamiento – desde: _____ hasta: _____
- 4) **Oaklawn puede compartir (seleccione Documentos Básicos de Cuidado o documentos individuales):**
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Documentos Básicos de Cuidado
(puede incluir Evaluaciones, Diagnósticos, Estudios de Laboratorio, Medicación, Plan de Cuidado, Notas del Médico/Prescriptor, Resumen del Tratamiento) | <input type="checkbox"/> Notas del Médico/Prescriptor | <input type="checkbox"/> Estudios de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Intercambio Verbal—Limitado a: | <input type="checkbox"/> Reporte de asistencia | <input type="checkbox"/> Plan de Cuidado |
| <input type="checkbox"/> Otro, especificar especificar (sea muy específico, sin términos generales) _____ | <input type="checkbox"/> Evaluaciones y Diagnósticos | <input type="checkbox"/> Resumen del tratamiento |
| | <input type="checkbox"/> Intercambio Verbal—Ilimitado | <input type="checkbox"/> Medicación |
- * Si se autorizó anteriormente, uso de sustancias se puede incluir información sobre el tratamiento

- 5) **Oaklawn puede solicitar:**
- Documentos Básicos de Cuidado (puede incluir Evaluaciones, Diagnósticos, Estudios de Laboratorio, Medicación, Plan de Cuidado, Notas del Médico/Prescriptor, Resumen del Tratamiento)
- Reportes (Escuela, Corte, Departamento de Servicios de menores, Libertad Condicional)
- Resultados de pruebas de Diagnóstico
- Otro, especificar: _____

Enviar a la atención de: _____
 A la dirección:
 P.O. Box 809, Goshen, IN 46527
 2600 Oakland Ave., Elkhart IN 46517
 1411 Lincolnway West, Mishawaka, IN 46544
 P.O. Box 1240, South Bend, IN 46624

- 6) (Opcional) **Vencimiento:** Mi autorización es válida por dos años desde la fecha firmada a menos que yo escriba una fecha mas temprana aqui: _____
- 7) **He leído esta información y se me ha ofrecido una copia. Yo soy el cliente, o la persona autorizada para actuar en lugar del cliente para autorizar el uso o la divulgación de esta información. Si el cliente es un menor que recibe tratamiento por un trastorno por uso de sustancias, debe firmar el formulario. Los padres / tutor aún autorizaría la divulgación de cualquier información de tratamiento médico / de salud mental:**

 Firma del Cliente

 Fecha (obligatorio)

 Firma del Testigo

 Firma del Representante Legal

 Relación con el Cliente (obligatorio)

STAFF USE ONLY (Required)	Indicate immediate action: <input type="checkbox"/> File only <input type="checkbox"/> Release documents listed above <input type="checkbox"/> Release documents listed here _____
	<input type="checkbox"/> Request documents listed above <input type="checkbox"/> Request documents listed here _____
	If revoked—Date: _____ Staff initials: _____ <input type="checkbox"/> Verbally OR <input type="checkbox"/> In writing.

Form No. 41 Rev. 7/19

Name: _____

Client ID: _____ DOB: _____

Oaklawn Psychiatric Center
AUTHORIZATION OF ROI



Client ID

Document Date

INSTRUCTIONS (Form #41)

* = Required Items

CLIENT INFORMATION*

Complete the client's name, current address, date of birth, and Social Security number. We must have at least two patient identifiers to process the authorization (i.e., name, chart number, birth date, or Social Security number). Also complete the bottom of the form, indicating the client name, date of birth and chart number.

OTHER PERSON, ORGANIZATION OR ENTITY*

Complete the other person or entity's name and address. Only one name may appear on an authorization. There are no exceptions. Provide complete information in this section.

For Substance Use Disorders:

- If the entity does not have a treating relationship with the client you must list an individual and the entity, or a general designation (i.e. all Probation Officers, all teachers, for example) and the entity.
- If the entity has a treating relationship or if the entity is a 3rd party payer, you can just list the name of the entity.
- If the Treatment Provider question is incomplete and it is not clear when records are requested, the release will be returned for clarification.

-
1. **AUTHORIZATION*** - Indicate the type of information to be exchanged. Check all that apply.
 2. **PURPOSE*** - Indicate the purpose for the exchange of information. Check all that apply.
 3. **TIMEFRAME** (Optional) - If we are requesting or releasing documents, it's helpful to provide a timeframe. Keep in mind the HIPAA minimum necessary concept.
 4. **OAKLAWN MAY RELEASE** - If the authorization is for the purpose of sending copies of documents, indicate exactly which documents should be sent. Otherwise, indicate that this is just for a verbal exchange or permission to release any documents should they be requested in the future.
 5. **OAKLAWN MAY REQUEST** - If the authorization is for the purpose of Oaklawn requesting documents, indicate exactly what you need.
 6. **EXPIRATION** (Optional) - The authorization will expire in two years unless an earlier date is indicated. We no longer will accept an "event" (e.g., discharge from Oaklawn services) because it is not manageable with our electronic record functionality.
 7. **SIGNATURES/WITNESS*** - The client signs and dates the form. If the client is a minor in a substance abuse program, they must also sign the form. If a parent/guardian signs the form for a child, identify the relationship. If a Power of Attorney signs, a copy of court papers must be obtained for the chart. A witness is not required by law but highly desirable. If the form is signed outside of Oaklawn, the witness may be anyone over the age of 18 and does not need to be notarized.

FOR STAFF USE ONLY*

- The staff person completing the form should indicate what is to be done at this time. Just file it for now? Release Oaklawn documents now? If so, which ones? Request documents now? If so, which ones?
- In the future, if the client decides to revoke the authorization, the date will be documented here with staff initials.

VALID AUTHORIZATIONS:

The authorization form needs to be complete before it can be processed. Keep in mind that the form will be returned if any of the following are true:

- There are not two patient identifiers on the form.
- A request has been made to immediately send or request documents but there isn't a complete address on the form.
- The signature of the client/guardian is missing or the signature date is missing.
- Someone other than the client or parent (for child) signed the form and we don't have documentation of that legal relationship in the client's record.
- More than one person/entity was specified on the authorization. Only one name/entity can be listed.
- One or more required items are blank.
- The "Staff Use Only" section is incomplete.
- "The Other Person, Organization, or Entity" section was not completed correctly for a client receiving treatment for a substance use disorder. See guidance above.