



1007 Koala Drive • Omak, WA 98841
 509.826.6191 • Fax: 509.826.3029 • www.okbhc.org

CONSENT FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION

Name:	
Date of Birth:	Client ID #:

By signing this Consent for Release of Confidential Information, I authorize **Okanogan Behavioral HealthCare (OBHC)** and:

Name:	
Institutional affiliation:	
Phone / Fax:	

to communicate with and disclose to one another the following information:

<i>Nature and amount of the information</i> to be disclosed, as limited as possible:	
---	--

The <i>purpose</i> of the disclosure authorized in this consent is to (purpose of disclosure, as specific as possible):	
--	--

I understand my behavioral health treatment records are protected under the Federal regulations governing the Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records, 42 CFR, Part 2, and the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"), 45 CFR, Parts 160 and 164, and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for by the regulations. I also understand I may revoke this consent at any time except to the extent that action has been taken in reliance on it, and that in any event this consent expires automatically as follows:

 (specification of the date, event or condition upon which this consent **expires**)

- I understand that I might be denied services if I refuse to consent to a disclosure for purposes of treatment, payment, or health care operations, if permitted by state law. I will not be denied services if I refuse to consent to a disclosure for other purposes.
- I have been provided a copy of this form.

Client Signature:	
Date:	

Signature of person signing if not client and date:	
Describe authority to sign on behalf of client:	

NOTICE ON PROHIBITION OF REDISCLOSURE OF CONFIDENTIAL INFORMATION

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.



1007 Koala Drive • Omak, WA 98841
509.826.6191 • Fax: 509.826.3029 • www.okbhc.org

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre:	
Fecha de nacimiento:	Nº. de ID del cliente:

Al firmar este Consentimiento para la divulgación de información confidencial, autorizo a **Okanogan Behavioral HealthCare (OBHC)** y a:

Nombre:	
Afiliación institucional:	
Teléfono / fax:	

a comunicarse y a divulgarse entre sí la siguiente información:

La naturaleza de la información y la cantidad de ésta a divulgarse, en la medida más limitada posible:	
---	--

El objetivo de la divulgación autorizada en este consentimiento es (objetivo de la divulgación, tan específico como sea posible):	
--	--

Entiendo que mis expedientes del tratamiento de salud del comportamiento están protegidos conforme a las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad de los Expedientes de Pacientes en Tratamiento para Alcoholismo y Drogadicción (*Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records*), 42 CFR, Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, "HIPAA") de 1996, 45 CFR, Partes 160 y 164, y que no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que así lo dispongan las regulaciones. También entiendo que puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento, salvo en la medida en que se haya tomado acción conforme a éste, y que, en cualquier caso, este consentimiento caduca automáticamente como sigue:

(Especificación de la fecha de **expiración** del consentimiento o del evento o la condición en que ésta se basa)

- Entiendo que se me podrían negar servicios si me rehúso a dar mi consentimiento para una divulgación para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud, si así lo permiten las leyes estatales. No se me negarán servicios si me rehúso a dar mi consentimiento para una divulgación para otros fines.
- Se me ha dado una copia de este formulario.

Firma del cliente:	
Fecha:	

Firma de la persona que firma, si no lo hace el cliente, y fecha:	
Describe la autoridad que tenga para firmar en nombre del cliente:	

AVISO SOBRE LA PROHIBICIÓN DE LA REDIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Esta información se le ha divulgado a partir de expedientes protegidos por leyes federales de confidencialidad (42 CFR, Parte 2). Las leyes federales le prohíben volver a divulgar esta información a menos que esto se permita expresamente mediante el consentimiento por escrito de la persona a quien atañe dicha información o que de otro modo se permita de conformidad con 42 CFR, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole NO es suficiente para este fin. Las leyes federales restringen todo uso de la información para la investigación o el proceso penal de todo paciente en tratamiento para alcoholismo o drogadicción.