

 <b>CCS Correct Care Solutions</b>		<b>Release of Information</b>		Patient Name (Last, First, MI):	
Date of Birth:		Status: <input type="checkbox"/> Adult <input type="checkbox"/> Juvenile		Patient ID No.:	
				Date	
I Authorize/Autorizo:				To Release Information To/ A divulgar información a:	
Name of Organization or Individual/Nombre				Name of Organization or Individual/Nombre	
Address / dirección				Address/ dirección	

1. This authorization includes records relating to the following (please check) / La presente autorización comprende los registros relacionados con lo que se detalla a continuación (por favor, marque la opción correcta):

- All remaining records/Otros registros restantes       Specify/Especificar \_\_\_\_\_  
 Mental health treatment / Tratamiento de salud mental  
 Chemical dependency treatment / Tratamiento de drogadicción o alcoholismo  
 HIV or AIDS related tests and treatment / Tratamiento o pruebas de SIDA o VIH

2. Purpose for disclosure (this line must be completed) / Propósito de la divulgación (se debe completar este renglón): \_\_\_\_\_

3. Indicate dates of Interest / Indique las fechas importantes; \_\_\_\_\_  
 If no date-range is provided, release will cover the previous year only / Si no se indica el periodo de divulgación, las mismas tendrán lugar solo por el término de año anterior.

4. I understand that I may revoke this authorization at any time by providing written notice, except to the extent that release of information has already occurred in reliance upon it.

4. Comprendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento siempre que notifique mi decisión por escrito, salvo que la divulgación de mi información se haya efectuado dependiendo de dicha autorización.

5. I understand that under Federal Law (42CFR Part 2) records relating to treatment for chemical dependency cannot be released without my specific authorization as indicated under 1.

5. Comprendo que conforme a la Ley Federal (42CFR-Código de Normativa Federal - Parte 2) los registros relacionados con el tratamiento para el alcoholismo o drogadicción no pueden divulgarse sin mi previa autorización específica tal como indica el punto "1".

6. I understand that information disclosed under this authorization may not be disclosed again by the recipient without my approval other than as authorized by state and federal laws.

6. Entiendo que la información que se divulga en relación a mi autorización no puede ser revelada nuevamente por la parte receptora de la misma sin mi debida aprobación tal como la indican las leyes estatales y federales.

7. I understand that I will receive treatment even if I refuse to provide approval, but also understand that refusing to authorize information may affect the nature of the treatment provided.

7. Comprendo que recibiré tratamiento incluso si me niego a otorgar mi aprobación; pero asimismo comprendo que rehusarme a autorizar la divulgación de mi información puede afectar la naturaleza del tratamiento que se me proporcione.

8. I agree to hold harmless all persons acting upon this authorization in good faith.

8. Acepto eximir de responsabilidad a todas las personas que actúen con buena fe bajo la presente autorización.

9. It is my intention that a photocopy will be as valid as this original.

9. Manifiesto que una fotocopia tendrá el mismo valor que su copia original.

10. This authorization shall be valid for one year from the date of my signature.

10. La presente autorización tendrá validez por el plazo de un año a partir de la fecha de mi firma.

Patient or authorized signature/Firma del paciente o persona autorizada	Date / Fecha
If other than patient signature, relationship to patient/ Si no es la firma del paciente, relación con el paciente	Date / Fecha
Witness signature / Firma del testigo	Date / Fecha