



Authorization to Disclose or Request Protected Health Information

(HIPAA Compliant Authorization Form)
(Spanish/ en español)

**Autorización para Divulgar o Solicitar Información Protegida sobre Salud
(Formulario de Autorización para cumplir con HIPAA)**

I, _____
Name of Patient (Please Print) *Patient's Date of Birth (mm/dd/yy)* *Patient's Phone Number*

of _____
Patient's Address

hereby authorize the following Service Provider:

County Agency/Program/Office: _____
Address: _____

Yo, el abajo firmante, _____
Nombre del paciente (Usar letra de molde) *Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)* *No. de teléfono*

Domiciliado en _____
Dirección del paciente

Por la presente autorizo al siguiente Proveedor de Servicio:

Agencia / Programa/ Oficina del Condado: _____
Dirección: _____

1. To **disclose** individually identifiable health information to and/or **receive** information on my behalf from:

_____ or his/her designee _____
Supervisor/County Official *Name*

1. Para divulgar información de salud identificable en base individual para y/o **recibir** información en nombre mío de:
_____ o su persona designada _____

_____ *Supervisor/Oficial del Condado* *Nombre*

2. The following specific information is authorized: _____

2. La información específica siguiente está autorizada: _____

3. This authorization is in effect for the period of time from _____ to _____
(Date or Event) *(Date or Event)*

3. Esta información es válida para el periodo desde _____ hasta _____
(Fecha del evento) *(Fecha del evento)*

4. This authorization allows the indicated service provider to share the specified information for:

- A single use or disclosure available at the time of authorization
 On-going use or disclosure for the time period identified in Item 3

4. Esta autorización le permite a los proveedores de servicio indicados compartir la información especificada para:

- Usarla o divulgarla una sola vez en la fecha de la autorización
 Usarla o divulgarla continuamente durante el periodo de tiempo especificado en el número 3

5. The information will be used/disclosed for the following purpose(s): _____

5. La información será usada / divulgada para el siguiente propósito(s): _____

6. The source records for information disclosure:
 ARE protected by federal regulations governing Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records (42 CFR Part 2) because the records contain information on prior, current, or planned substance abuse treatment. If these records are protected by regulation 42 CFR Part 2, I understand the recipient is prohibited from making any further disclosure of this information unless expressly permitted by my written authorization, except as otherwise permitted within the regulation. 42 CFR Part 2 also restricts any use of this information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.
 ARE NOT protected by federal regulations governing Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records (42 CFR Part 2). If these records are not protected by 42 CFR Part 2, I understand the Federal Privacy Rule (45 CFR Part 160 and 164, HIPAA) requires I be advised that information used or disclosed based on this authorization may be subject to re-disclosure and no longer protected by Federal HIPAA regulations.

6. La fuente de los expedientes para la divulgación de la información:
 ESTÁN protegidos por los reglamentos federales de Confidencialidad sobre Expedientes de los Pacientes de Abuso de Drogas y Alcohol (42 CFR Parte 2) porque los expedientes contienen información sobre tratamiento de abuso de sustancias, anterior, actual o planeado. Si estos expedientes están protegidos por la sección 42 CFR, Parte 2, entiendo que a quien los reciba le está prohibido hacer más divulgaciones de esta información a menos que yo se lo permita expresamente mediante mi autorización escrita, excepto cuando de otro modo lo permita el Reglamento. La sección 42 CFR Parte 2 también restringe todo uso de la información para investigar bajo el derecho penal, o enjuiciar, a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.
 NO ESTÁN protegidos por los reglamentos federales de Confidencialidad sobre Expedientes de los Pacientes de Abuso de Drogas y Alcohol (42 CFR Parte 2). Si estos expedientes no están protegidos por la sección 42 CFR Parte 2, entiendo que el Reglamento Federal sobre Privacidad (45 CFR Parte 160 y 164, HIPAA) exige que me comuniquen que la información usada o divulgada con base en esta autorización, puede estar sujeta a ulterior divulgación y que ya no está protegida por el reglamento federal de la HIPAA.

7. I understand that:

- Service providers using or disclosing information based on this authorization are to share the minimum necessary amount of the specified information to accomplish the purpose of the disclosure identified in Item 5.
- Fairfax County will not condition the provision of services related to treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits on my decision to sign this authorization.
- I may revoke (or cancel) this authorization at any time by submitting a written statement of revocation to the service provider whose address is provided above, except to the extent that the identified service provider already has taken action based on this authorization.
- I have a right to request and receive a Notice of Privacy Practices from Fairfax County.
- The information to be released has been fully explained to me and this authorization is given of my own free will.

7. Entiendo que:

- Los proveedores de servicios que estén usando o divulgando información con base en esta autorización, van a compartir la cantidad mínima necesaria de información específica para lograr el propósito de la divulgación identificada en el número 5.
- El Condado de Fairfax no usará como condición la provisión del suministro de servicios relacionados al tratamiento, el pago, la inscripción o el derecho a recibir beneficios en mi decisión a firmar esta autorización.
- Yo puedo revocar (o cancelar) esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una declaración escrita de mi revocación al proveedor de servicio cuya dirección aparece arriba, excepto en la medida que el proveedor de servicio identificado ya haya procedido en consecuencia con base en esta autorización.
- Yo tengo derecho a solicitar y recibir un Aviso de Prácticas sobre Privacidad del Condado de Fairfax.
- Me han explicado totalmente la información que se va a divulgar y concede esta autorización por mi propia voluntad.

8. Please send or communicate the authorized information to the following address, phone number or fax number:

8. Favor de enviar o comunicar la información autorizada a la siguiente dirección, número de teléfono a número de fax:

Resident of Fairfax County Signature: _____ Date: _____

Firma del residente del Condado de Fairfax: _____ Fecha: _____

Relationship to patient: Self Parent of Minor Child Guardian Legally Authorized Representative
 Relación al paciente: Yo mismo Padre de un niño menor de edad Tutor legal Representante legalmente autorizado