



ASESORÍA COLABORATIVA, LLC

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

DIRECCIÓN _____ Ciudad, _____ Estado, _____ Código Postal _____

Autoriza:

Collaborative Counseling LLC y el proveedor contratado _____

Seleccione Ubicación(es):

12918 63rd Ave N, Maple Grove, MN	1935 Ct Rd B2, Ste 145, Roseville, MN	3610 Oakwood Mall Dr, Ste 203, Eau Claire, WI
2115 E. Clairemont Ave, Ste 2, Eau Claire, WI	10621 165th St W, Lakeville, MN	901 4th St, Hudson, Wisconsin

Para: Liberar de Recibir de Intercambiar verbalmente con

Todos mis proveedores tratantes de _____

Todos mis proveedores que no me tratan de _____

Nombre de la organización/individuo _____ DIRECCIÓN _____ Código postal _____

_____ Teléfono _____ Fax _____

De conformidad con los estatutos de WI y MN y las regulaciones federales que requieren un permiso especial para divulgar información que de otro modo sería privilegiada, divulgue los registros relacionados con:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Salud mental | <input type="checkbox"/> Trastorno por uso de sustancias | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Supervisión de menores |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Discapacidades del desarrollo | <input type="checkbox"/> Discapacidades Físicas | <input type="checkbox"/> Servicios de protección infantil |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ | | | |

Información que se divulgará: (marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resúmenes de alta y cierre | <input type="checkbox"/> Historial/evaluación química | <input type="checkbox"/> Informes CPS |
| <input type="checkbox"/> Receta para el tratamiento | <input type="checkbox"/> Historial de admisión y evaluaciones/evaluaciones | <input type="checkbox"/> Historia Social |
| <input type="checkbox"/> Informes de progreso/notas de casos | <input type="checkbox"/> Planes/acuerdos de tratamiento | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones psiquiátricas (incluye diagnóstico/pronóstico) | <input type="checkbox"/> Alta/evaluación de la agencia contratada | <input type="checkbox"/> Planes de cuidado después de la escuela |
| <input type="checkbox"/> Informes médicos/exámenes físicos | <input type="checkbox"/> Informes judiciales/estudios de custodia | <input type="checkbox"/> Reportes de Evaluación Vocacional |
| <input type="checkbox"/> Informes de progreso de la terapia: <input type="checkbox"/> Lenguaje <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> PT | <input type="checkbox"/> Pruebas/evaluaciones psicológicas | <input type="checkbox"/> Expedientes escolares |

Otro (especifique) _____

Para las siguientes fechas: Desde _____ a _____

El propósito específico o la necesidad de dicha divulgación es: (marque todo lo que corresponda)

- Coordinación de Atención Obtener historial Investigación de Servicios Humanos Otro (especifique) _____

Esta autorización será efectiva para los registros médicos/de tratamiento generados hasta la fecha de la firma y la divulgación de registros médicos creados después de la fecha de la firma hasta la fecha de vencimiento o la divulgación sea revocada por mí por escrito. Esta autorización para divulgación de información me ha sido explicada completamente y la entiendo. Me han ofrecido una copia de este formulario. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en él y que, en cualquier caso, este consentimiento expire dentro de un año de la firma de este formulario, o (especifique fecha/evento) _____. Entiendo que no tengo ninguna obligación de firmar este formulario y que la persona y/o agencia mencionada anteriormente a quien autorizo a usar y/o divulgar mi información no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para recibir servicios de salud. beneficios de atención médica en mi decisión de firmar esta autorización. El consentimiento no durará más de lo razonablemente necesario para cumplir el propósito para el cual se otorga. La información divulgada se restringe a la cantidad mínima necesaria para lograr el propósito previsto. Es posible que la información utilizada o divulgada ya no esté protegida una vez que se use o divulgue de acuerdo con esta autorización. Una copia de este consentimiento tiene la misma fuerza y efecto que el original. Al firmar esta autorización, confirmo que he tenido la oportunidad de revisar y comprender el contenido de este formulario de autorización y que refleja con precisión mis deseos. **TAMBIÉN CONFIRMO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO LOS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN, QUE SE ENCUENTRAN EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN.**

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del tutor/representante legal: _____ Fecha: _____

Si lo firma una persona que no sea el paciente, complete lo siguiente:

1. El cliente es: Menor Incompetente Incapaz de firmar por discapacidad Fallecido
2. Autoridad Legal: Padre del menor Tutor Legal/Representante

Todas las personas que firmen para la divulgación de registros en lugar del cliente deben declarar su relación con el cliente y tener prueba de autoridad legal adjunta a esta autorización antes publicaremos cualquier registro. (es decir, documentos de tutela)**

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

(Para firmar solo si el paciente no puede firmar la autorización)

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL USO Y DIVULGACIÓN DE SU SALUD/INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:

- **Derecho a inspeccionar o copiar la información confidencial que se utilizará o divulgará:**

Yo entiendo que tengo derecho a inspeccionar o copiar la salud de la información confidencial que he autorizado para ser utilizada o divulgada mediante este formulario de autorización. Puedo hacer arreglos para inspeccionar mi salud o información confidencial u obtener copias de mi información confidencial comunicándome con mi terapeuta en Collaborative Counseling LLC o con el equipo de soporte administrativo.

- **Entiendo que es posible que me cobren una tarifa por las copias de registros.**

- **Derecho a recibir una copia de esta autorización:** Entiendo que si acepto firmar esta autorización, lo cual no estoy obligado a hacer, se me debe proporcionar una copia firmada del formulario.

- **Derecho a negarme a firmar esta autorización:** Entiendo que no tengo ninguna obligación de firmar este formulario y que las personas y/u organizaciones enumeradas a quienes estoy autorizando a usar y/o divulgar mi información no pueden tratamiento de condición, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios de atención médica en mi decisión de firmar esta autorización.

- **Derecho a revocar esta autorización:** Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento proporcionando una notificación por escrito al Oficial de Privacidad de Collaborative Counseling LLC o a mi terapeuta por escrito. Sin embargo, entiendo que mi revocación no será efectiva en cuanto a los usos y/o divulgaciones ya realizados en base a esta Autorización antes de recibir la notificación de revocación por escrito; o necesario para que una aseguradora impugne un reclamo/póliza según lo autorizado por la ley si firmar la Autorización era una condición para obtener cobertura de seguro.

- **Aviso de nueva divulgación:** Entiendo que la información utilizada y/o divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a nueva divulgación y ya no estar protegida por la ley federal de privacidad. Es posible que no se requiera que el tercero cumpla con esta Autorización o las leyes federales y estatales aplicables que rigen el uso y la divulgación de mi información médica o confidencial.

- **Entiendo que una copia de esta autorización se considerará válida como el original.**

- **Estas restricciones** de divulgación no se aplican a las comunicaciones de información entre el personal de Collaborative Counseling LLC que necesita información en relación con sus deberes que surgen de la prestación de diagnóstico, tratamiento o derivación para tratamiento de abuso de alcohol o drogas.

- **Entiendo** que mis registros de trastornos por uso de sustancias están protegidos por la Ley Federal regulaciones que rigen la confidencialidad y los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias, 42 CFR Parte y, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), 45 CFR pts 160 y 2 164, y no puede ser divulgado sin mi consentimiento por escrito a menos que la normativa disponga lo contrario.



COLLABORATIVE COUNSELING, LLC
CONSENT TO DISCLOSE CONFIDENTIAL INFORMATION

Patient Name: Birth Date: Phone:

Address City, State, Zip

Authorizes:

Collaborative Counseling LLC and the contracted provider

Select Location(s):

Table with 3 columns: Location 1, Location 2, Location 3. Rows include addresses in Maple Grove, MN; Roseville, MN; Lakeville, MN; Eau Claire, WI.

To: Release to: Receive from: Verbally exchange with:

All my treating providers from

All my non-treating providers from

Name of Organization/Individual Address City, State Zip

Telephone Fax

In compliance with WI and MN Statutes and federal regulations which require special permission to release otherwise privileged information, please release records pertaining to:

- Mental Health, Sexually Transmitted Disease, Other (specify), Substance Use Disorder, Developmental Disabilities, HIV, Physical Disabilities, Juvenile Supervision, Child Protection Services

Information to be released: (check all that apply)

- Discharge and Closing Summaries, Prescription for Treatment, Progress Reports/Case Notes, Psychiatric Evaluations, Medical Reports/Physical Exams, Therapy Progress Reports, Chemical History/Assessment, Admission History and Evaluations, Treatment Plans/Agreements, Contracted Agency Discharge/assessment, Court Reports/Custody Studies, Psychological Tests/Evaluations, CPS Reports, Social History, Lab Reports, Aftercare Plans, Vocational Eval Reports, School Records

For the following dates: From to

The specific purpose or need for such disclosure is: (check all that apply)

- Coordination of Care, Obtain History, Human Services investigation, Other (specify)

This authorization will be effective for medical/treatment records generated to the date of signature, and the release of medical records created after the date of signature until the expiration date or the release is revoked by me in writing. This authorization for disclosure of information has been fully explained to me and I understand it. I have been offered a copy of this form. I also understand that 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 within one year of the signing of this form, or (specify date/event). I understand that I am under no obligation to sign this form and that the person and/or agency listed above who I am authorizing to use and/or disclose my information may not condition treatment, payment, enrollment in a health plan or eligibility for health care benefits on my decision to sign this authorization. The consent will last no longer than reasonably necessary to serve the purpose for which it is given. The information disclosed is restricted to the minimum amount necessary to accomplish the intended purpose. The information used or disclosed may no longer be protected once it is used or disclosed in accordance with this authorization. A copy of this consent has the same force and effect as the original. By signing this authorization, I am confirming that I have had an opportunity to review and understand the content of this authorization form and that it accurately reflects my wishes. I AM ALSO CONFIRMING THAT I HAVE READ AND UNDERSTAND THE RIGHTS WITH RESPECT TO THIS AUTHORIZATION, WHICH ARE LOCATED ON THE BACK OF THIS AUTHORIZATION FORM.

Signature of Client: Date:

Signature of Guardian/Legal Rep: Date:

If signed by a person other than the patient, complete the following:

- 1. Client is: Minor, Incompetent, Unable to sign due to disability, Deceased
2. Legal Authority: Parent of Minor, Legal Guardian/Representative

** All persons signing for the release of records instead of the client must state their relationship to the client and have proof of legal authority attached to this authorization before we will release any records. (i.e. Guardianship Papers)**

Signature of Witness: Date:

(To be signed only if patient cannot sign authorization)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING THE USE & DISCLOSURE OF YOUR HEALTH/CONFIDENTIAL INFORMATION

YOUR RIGHTS WITH RESPECT TO THIS AUTHORIZATION:

- **Right to Inspect or Copy the Confidential Information to be Used or Disclosed:** I understand that I have the right to inspect or copy the health of confidential information I have authorized to be used or disclosed by this authorization form. I may arrange to inspect my health or confidential information or obtain copies of my confidential information by contacting my therapist at Collaborative Counseling LLC or the admin support team.
- **I understand that I may be charged a fee for record copies.**
- **Right to Receive a Copy of this Authorization:** I understand that if I agree to sign this authorization, which I am not required to do, I must be provided with a signed copy of the form.
- **Right to Refuse to Sign this Authorization:** I understand that I am under no obligation to sign this form and that the person(s) and/or organization(s) listed who I am authorizing to use and/or disclose my information may not condition treatment, payment, enrollment in a health plan or eligibility for health care benefits on my decision to sign this authorization.
- **Right to Revoke this Authorization:** I understand that I can cancel this authorization at any time by providing a written notification to the Privacy Officer at Collaborative Counseling LLC or to my therapist in writing. However, I understand that my revocation will not be effective as to uses and/or disclosures already made in reliance upon this Authorization before receipt of the written notice of revocation; or needed for an insurer to contest a claim/policy as authorized by law if signing the Authorization was a condition to obtaining insurance coverage.
- **Re-disclosure Notice:** I understand that the information used and/or disclosed pursuant to this Authorization may be subject to re-disclosure and no longer protected by federal privacy law. The third party may not be required to abide by this Authorization or applicable Federal and State law governing the use and disclosure of my health or confidential information.
- **I understand that a copy of this authorization will be considered valid as the original.**
- **These restrictions** on disclosure do not apply to communications of information between or among Collaborative Counseling LLC personnel having a need for the information in connection with their duties that arise out of the provision of diagnosis, treatment, or referral for treatment of alcohol or drug abuse.
- **I understand** that my Substance Use Disorder records are protected under the Federal regulations governing Confidentiality and Substance Use Disorder Patient Records, 42 C.F.R. Part 2 , and Health Insurance Portability and Accountability act of 1996 (“HIPAA”), 45 C.F.R. pts 160 & 164, and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for by the regulations.