



california psychcare

AUTHORIZATION TO USE AND DISCLOSE OR COLLECT PROTECTED HEALTH INFORMATION

Client Name: _____ **Date of Birth:** _____

By signing this form you are authorizing California Psychcare, Inc., (CPC) to disclose and/or collect the following information:

Specific Information to be Released/Obtained (Please select only one):

All health/mental health information including diagnosis and treatment received.

Only the following records or type of information:

Please specify if any information is to be excluded:

Both to and from the following:

Regional Center, School District, Medical Providers, CPC Clinical Staff, _____

For the purpose of

ongoing case management, intervention, _____

This authorization shall become effective on ___/___/___ and will expire in one year. A photocopy or facsimile of this form is to be considered as valid as the original.

Please note: If you have authorized the disclosure of your mental health information to someone who is not legally required to keep it confidential, it may be re-disclosed and may no longer be protected. California law prohibits recipients of your health information from re-disclosing such information except with your written authorization or as specifically required or permitted by law.

Your Rights

- You may refuse to sign this Authorization.
- You may revoke this Authorization only by delivering your revocation in writing to the following:
California Psychcare
450 Rosewood Ave., Suite 213
Camarillo, CA 93010
- Your revocation will be effective when CPC receives it. However, this revocation will not extend to information that was already obtained or released (used or disclosed) prior to the revocation.
- You have the right to receive a copy of this Authorization.
- You may inspect or obtain a copy of your mental health information, within the limits of California and federal laws.
- Treatment, payment, enrollment nor eligibility for benefits will be conditioned on your providing or refusing to provide this Authorization.

Print your name: _____ **Date:** _____

Signature: _____ **Date:** _____

Relationship (Self, Parent, Guardian, Conservator): _____



california psychcare

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DE DIVULGAR O JUNTAR INFORMACION PROTEJIDA DE LA SALUD

Nombre del Cliente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Al firmar esta forma usted esta autorizando a California Psychcare, Inc., (CPC) a divulgar y/o a juntar la información siguiente:

Información especifica para ser Soltada/Obtenida (Favor de seleccionar solo una):

___ Toda la información de salud mental/salud incluyendo diagnostico y tratamiento recibido.

___ Solamente los siguientes expediente o tipo de información:

Por favor especifique si alguna información debe de ser excluida:

Ambos de y para los siguientes:

Centro Regional, Distrito de la Escuela, Médicos, Personal de CPC, _____

Para el propósito del

Continúo de los casos, intervención, _____

Esta autorización será eficaz comenzando en ___/___/___ y se vencerá en un año. Una fotocopia o un fax de esta forma es considerada tan valida como el original.

Favor de notar: Si usted ha autorizado el acceso de su información de la salud mental a alguien que no se requiere legalmente mantenerlo confidencial, puede ser divulgado y puede ser que ya no este protegido. La ley de California prohíbe a recipientes de su información de salud a dar tal información excepto con su autorización escrita o según lo que sea específicamente requerido o permitido por la ley.

Sus Derechos

- Usted puede rechazar firmar esta autorización.
- Usted puede revocar esta autorización solamente entregando su revocación escrita a:
California Psychcare
450 Rosewood Ave., Suite 213
Camarillo, CA 93010
- Su revocación será eficaz cuando CPC la reciba. Sin embargo, esta revocación no se dará a cabo con la información que ya a sido obtenida o divulgada antes de la revocación.
- Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Usted puede examinar o obtener información de su salud mental, dentro de los límites de California y las leyes federales.
- Ni el tratamiento, el pago, la matriculación, ni elegibilidad para beneficios serán condicionados en que usted de o rechace dar esta autorización.

Escriba su Nombre: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Relación (Uno Mismo, Padre, Guarda, Conservador): _____