

## PATIENT AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Enticare P.C. takes your privacy seriously. We will not disclose your medical records (protected health information) to any party without your signed consent, except as stipulated in our Notice of Privacy Practices.

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION INCLUDING HIV & AIDS RELATED INFORMATION

- I understand that neither Provider nor Recipient may condition treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits on whether I sign this Authorization. In addition, I understand that Recipient may re-disclose the Records and that the Records may no longer be protected by the Federal privacy regulations.
- I acknowledge and agree that the protected health information authorized to be disclosed under this Authorization may include records for drug or alcohol abuse or psychiatric illness, and records of testing, diagnosis or treatment for HIV, HIV-related diseases and communicable disease-related information.
- With respect to any communicable disease-related information protected by State confidentiality rules and disclosed under this Authorization, Recipient is prohibited from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by me pursuant to a separate written authorization or is otherwise permitted by applicable law.
- Further, with respect to any drug and alcohol abuse treatment information disclosed under this Authorization, this information has been disclosed from records protected by Federal confidentiality rules (42 C.F.R. Part 2). The Federal rules prohibit the recipient of this information from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by me pursuant to a separate written authorization or is otherwise permitted by 42 C.F.R. 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.

### RIGHT OF REFUSAL

- I acknowledge that I have had the opportunity to review Enticare P.C.'s Notice of Privacy Practices, which is displayed for public inspection at its facility and on its website. This Notice describes how my protected health information may be used and disclosed, and how I may access my health records.
- I understand that I have the right to refuse to sign this authorization and that I do not have to sign this authorization to receive treatment at Enticare P.C. When my information is used or disclosed pursuant to this authorization, it may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by the Federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). I have the right to revoke this authorization in writing except to the extent that the practice has acted in reliance upon this authorization. My written revocation must be submitted to the Enticare P.C. Privacy Officer at 3420 S. Mercy Road, Suite 107 Gilbert, AZ 85297.

### EXPIRATION

This Authorization will remain effective until the expiration date specified below or, if no date is set forth below, for one-year following the date of this signing, at which time this Authorization will expire. A photocopy of this Authorization will be considered effective and valid as the original.

Date authorization expires (if any): \_\_\_\_\_

Signed by: \_\_\_\_\_

Signature of Patient or Legal Guardian

\_\_\_\_\_

Today's Date

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

## AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Enticare PC se toma en serio su privacidad. No divulgaremos sus registros médicos (información médica protegida) a ninguna parte sin su consentimiento, excepto lo estipulado en nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA, INCLUIDA INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH Y EL SIDA

- Entiendo que ni el Proveedor ni el Destinatario pueden condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios sobre si firmo esta Autorización. Además, entiendo que el Destinatario puede volver a divulgar los Registros y que es posible que los Registros ya no estén protegidos por el Regulaciones federales de privacidad.
- Reconozco y acepto que la información médica protegida autorizada para ser divulgada bajo esta Autorización puede incluir registros de medicamentosos abuso de alcohol o enfermedad psiquiátrica, y registros de pruebas, diagnóstico o tratamiento para el VIH, enfermedades relacionadas con el VIH y enfermedades transmisibles.información relacionada.
- Con respecto a cualquier información relacionada con enfermedades contagiosas protegida por las reglas estatales de confidencialidad y divulgada bajo esta Autorización,El destinatario tiene prohibido hacer más divulgaciones de esta información a menos que yo permita expresamente una divulgación adicional de conformidad con una autorización por escrito por separado o de otro modo permitido por la ley aplicable.
- Además, con respecto a cualquier información sobre tratamiento por abuso de drogas y alcohol divulgada bajo esta Autorización, esta información ha sidodivulgados de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales prohíben al destinatario de esta información hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que yo permita expresamente una divulgación adicional de conformidad con un escrito por separado autorización o está permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.

### DERECHO DE DENEGACIÓN

- Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad de Enticare PC, que se muestra para inspección pública en su instalación y en su sitio web. Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar mi información médica protegida, y cómo puedo acceder a mi información médica.registros.
- Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y que no tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento en Enticare PC Cuando mi información se usa o divulga de conformidad con esta autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede no estar protegido por la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Tengo derecho a revocar esta autorización en por escrito, excepto en la medida en que la práctica haya actuado basándose en esta autorización. Mi revocación por escrito debe enviarse al Oficial de privacidad de Enticare PC en 3420 S. Mercy Road, Suite 107 Gilbert, AZ 85297.

### VENCIMIENTO

Esta Autorización permanecerá vigente hasta la fecha de vencimiento que se especifica a continuación o, si no se establece una fecha a continuación, durante un año después de la fecha de esta firma, momento en el que caducará esta autorización. Una fotocopia de esta Autorización se considerará vigente y válida como la original.

Fecha de vencimiento de la autorización (si corresponde): \_\_\_\_\_

Firmado por: \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente