



HUMAN BEHAVIOR INSTITUTE

Full Service Behavioral Health
2740 S Jones Blvd, Las Vegas, NV 89146

Authorization to Release Protected Health Information (PHI) *Signature must be notarized, if NOT witnessed by an authorized HBI representative.*

Name of Patient: _____	Date of Birth: MM/DD/YYYY _____	Social Security #: _____
INFORMATION TO BE RELEASED FROM: Print the name of the originating provider and/or agency, if other than Human Behavior Institute.		
<input type="checkbox"/> HUMAN BEHAVIOR INSTITUTE – 2740 South Jones Blvd., Las Vegas, NV 89146 • Phone (702) 248-8866		
<input type="checkbox"/> Provider/Agency: _____		Tel. No.: (____) _____
Mailing Address: _____		Fax No.: (____) _____
INFORMATION TO BE RELEASED TO: Please specify the name of the person or agency authorized to receive the information.		
Name of Person/ Provider/Agency: _____		Tel. No.: (____) _____
Relation to the Patient: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Emergency Contact <input type="checkbox"/> Healthcare Provider <input type="checkbox"/> School <input type="checkbox"/> Attorney <input type="checkbox"/> Case Manager <input type="checkbox"/> Other		
Mailing Address: _____		Fax No.: (____) _____
PURPOSE/S FOR WHICH THE INFORMATION IS TO BE USED – REQUIRED for releasing the PHI		
Specified Purpose: _____		
TYPE INFORMATION TO BE RELEASED – Initial each item of information to be released		
<input type="checkbox"/> Psychiatric Evaluation Report	<input type="checkbox"/> Progress Report	<input type="checkbox"/> Medication /Pharmacy Records
<input type="checkbox"/> Other (Specify): _____	<input type="checkbox"/> Lab or Drug-Screen Report	
TYPE DISCLOSURE – Initial type/s of disclosure allowed		
<input type="checkbox"/> Verbal (By Phone / In-person)	<input type="checkbox"/> By Fax	<input type="checkbox"/> By Email:
<input type="checkbox"/> By Mail	<input type="checkbox"/> In-person Release of Printed Copy	<input type="checkbox"/> Nevada Law permits an administrative fee of \$0.60 per page to copy patient records. This administrative cost is not covered by the patient's health plan and is payable upon request.

INFORMATION FOR INFORMED CONSENT

The confidentiality of medical, psychiatric and substance abuse information is protected by State and Federal Statutes, Rules and Regulations including Nevada Revised Statutes and Title 42 of the Code of Federal Regulations. These Statutes, Rules and Regulations require that the individual give informed consent prior to the release of any health/hospital records or information, except as specifically provided for within the Statutes, Rules and Regulations.

Consent to release information will be considered valid only when it states: (1) who will release the information; (2) who will receive the information; (3) the purpose for which the information will be used; (4) what specific information will be released; and (5) when the consent will expire. The consent must contain the individual's or authorized representative's signature and the date of the signature. The authorized representative signing for the client must submit a copy of the legal document(s) granting this authority.

This authorization for the Release of Medical Information waives any and all rights that the individual now has or in the future may have to bring any legal action against the releasing person/facility for any damages caused directly or indirectly by the release of this information or other confidential information. Upon request, the individual will be given a copy of the completed "Authorization for the Release of Protected Health Information". If copies must be made, Nevada State Law allows an administrative fee of \$0.60 per page to copy patient records, payable upon request.

This authorization is effective immediately and is subject to revocation in writing at any time, except to the extent that action has already been taken in reliance thereon. Otherwise, this authorization expires _____ days from the date of signing (but no longer than 365 days) or upon case closure, whichever occurs first.

I, the undersigned, agree and authorize the RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION pursuant to the specifications identified above. File copy is considered equivalent to the original. I further acknowledge that the information to be released was fully explained to me and this consent is given on my own free will.

Patient's Signature Date
(If patient is a minor, must be signed by the Custodial Parent/Legal Guardian)

Notary or HBI Authorized Signature Date
Notary is NOT REQUIRED if signed in front of an authorized HBI representative

Print Name of Parent/Guardian/
Authorized Representative:

The authorized representative signing for the client must submit a copy of the legal document(s) granting this authority.



Nombre del/a Paciente: _____		Fecha de Nacimiento: MM/DD/YYYY	Número de Seguridad Social: _____
INFORMACIÓN A SER DIVULGADA DE: Escriba el nombre del proveedor y/o agencia de origen, si no es Human Behavior Institute.			
<input type="checkbox"/> HUMAN BEHAVIOR INSTITUTE – 2740 South Jones Blvd., Las Vegas, NV 89146 • Phone (702) 248-8866			
<input type="checkbox"/> Proveedor/Agencia: _____		Teléfono: (____) _____	
Dirección Postal: _____		Fax #: (____) _____	
<small>Street Address City State Zip</small>			
INFORMACIÓN A SER DIVULGADA A: Especifique el nombre de la persona o agencia autorizada para recibir la información.			
Nombre del/a Persona/ Proveedor/Agencia: _____		Teléfono: (____) _____	
Relación con el/la paciente: <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Proveedor de salud <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Abogado			
<input type="checkbox"/> Administrador de casos <input type="checkbox"/> Otro			
Dirección Postal: _____		Fax #: (____) _____	
<small>Street Address City State Zip</small>			
PROPÓSITO/S PARA LOS QUE SE UTILIZARÁ LA INFORMACIÓN: REQUERIDO para divulgar la PHI			
Propósito especificado: _____			
TIPO DE INFORMACIÓN A SER DIVULGADA: Firme su inicial para cada tipo de información a ser divulgada			
Informe de Evaluación Psiquiátrica _____	Informe de Progreso _____	Registros de medicamentos/farmacia _____	Informe de laboratorio o de detección de drogas _____
Otro (especificar): _____			
TIPO DE DIVULGACIÓN: Firme su inicial para los tipos de divulgación permitidos			
Verbal (por teléfono/en persona) _____	Por Fax _____	Por correo electrónico: _____	
Liberación de copia impresa en persona _____	Por correo _____		
La Ley del Estado de Nevada permite una tarifa administrativa de \$0.60 por página para copiar los registros de los pacientes. Este costo administrativo no está cubierto por el plan de salud del paciente y se paga previa solicitud.			

INFORMACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La confidencialidad de la información médica, psiquiátrica y de abuso de sustancias está protegida por los estatutos, normas y reglamentos estatales y federales, incluidos los estatutos revisados de Nevada y el Título 42 del Código de Reglamentos Federales. Estos Estatutos, Reglas y Regulaciones requieren que la persona dé su consentimiento informado antes de la divulgación de cualquier registro o información de salud/hospital, excepto según lo dispuesto específicamente en los Estatutos, Reglas y Regulaciones.

El consentimiento para divulgar información se considerará válido solo cuando establece: (1) quién divulgará la información; (2) quién recibirá la información; (3) el propósito para el cual se utilizará la información; (4) qué información específica se divulgará; y (5) cuándo expirará el consentimiento. El consentimiento debe contener la firma del individuo o representante autorizado y la fecha de la firma. El representante autorizado que firma por el cliente debe presentar una copia de los documentos legales que otorgan esta autoridad.

Esta autorización para la Divulgación de Información Médica renuncia a todos y cada uno de los derechos que la persona tiene ahora o que pueda tener en el futuro de iniciar cualquier acción legal contra la persona/instalación que divulgó por cualquier daño causado directa o indirectamente por la divulgación de esta información u otra información confidencial. Si lo solicita, se le entregará a la persona una copia de la "Autorización para la divulgación de información de salud protegida" completada. Si se deben hacer copias, la Ley del Estado de Nevada permite una tarifa administrativa de \$0.60 por página para copiar los registros de los pacientes, pagadera a pedido.

Esta autorización entra en vigencia de inmediato y está sujeta a revocación por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas al respecto. De lo contrario, esta autorización vence _____ días a partir de la fecha de la firma (pero no más de 365 días) o al cierre del caso, lo que ocurra primero.

Yo, el abajo firmante, acepto y autorizo la DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA de conformidad con las especificaciones identificadas anteriormente. La copia del archivo se considera equivalente al original. Además, reconozco que se me explicó completamente la información que se divulgará y este consentimiento se otorga por mi propia voluntad.

Firma del paciente Fecha
(Si el paciente es menor de edad, debe estar firmado por el padre con custodia/tutor legal)

Firma autorizada por notario o HBI Fecha
No se requiere notario si se firma frente a un representante autorizado de HBI

Nombre del padre/tutor legal/representante autorizado: _____
El representante autorizado que firma por el cliente debe presentar una copia de los documentos legales que otorgan esta autoridad.