



**Colusa County Department of Behavioral Health  
Authorization to Use and Disclose Protected Health Information (PHI)**

***You have the right to receive a completed copy of this form. Photocopy/fax copy may be used as original.***

**SECTION 1 – CLIENT (PATIENT) INFORMATION:**

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
                     Last                    First                    MI  
 AKA: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

I, the undersigned, hereby authorize the written and/or verbal:  
 Disclosure                       Exchange

**SECTION 2 – PHI TO BE DISCLOSED/EXCHANGED TO:**

<b>PHI FROM:</b>	<b>PHI TO:</b>
Colusa County Department of Behavioral Health	_____
<i>Name</i>	<i>Name of agency/individual</i>
162 E. Carson Street	_____
<i>Street Address/Mailing Address</i>	<i>Street Address/Mailing Address</i>
Colusa, CA 95932	_____
<i>City, State, Zip</i>	<i>City, State, Zip</i>
(530) 458-0520                      (530) 458-7751	_____
<i>Telephone Number</i> <i>Fax Number</i>	<i>Telephone Number</i> <i>Fax Number</i>

*An authorization to disclose PHI is voluntary. Treatment, payment or eligibility for benefits will not be affected if you do not sign this authorization. Re-disclosure of a person’s PHI is prohibited without the specific written authorization of that person or as otherwise permitted by state or federal law. Information disclosed pursuant to this authorization may be disclosed by the recipient and no longer protected by California or federal law.*

*Information disclosed pursuant to this authorization may contain records protected by Federal confidentiality rules (42 CFR Part 2). The Federal rules prohibit making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR 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.*

**SECTION 3 – PHI TO BE DISCLOSED:**

- All mental health records
- Records for the time period specific \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_
- MD notes only                       HIV/AIDS
- Substance abuse records                       Other (specify): \_\_\_\_\_

**SECTION 4 – PURPOSE OF PHI DISCLOSURE:**

- For continuity of care
- At the request of the individual
- Attorney access
- Court case
- Insurance
- Disability
- Other (specify): \_\_\_\_\_

**SECTION 5 – EXPIRATION OF AUTHORIZATION (CHECK ONE BOX):**

Unless otherwise revoked in writing, this authorization expires on:

- Completion of this request (one time disclosure)
- Six months from signature date below
- One year from signature date below
- Expires as specified: \_\_\_\_\_

*You may revoke this authorization in writing at any time by sending a notice to the Custodian of Records. The authorization will stop on the date received, except if action has been taken in reliance on it.*

**SECTION 6 – CLIENT (PATIENT) OR CLIENT’S REPRESENTATIVE:**

Signature: \_\_\_\_\_

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

Printed Name: \_\_\_\_\_

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

*CCDBH will not accept any form of compensation for disclosing PHI. Patients have the right to inspect information that is being disclosed and the right to receive a copy of the authorization.*

COLUSA COUNTY DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH  
162 E. CARSON ST., COLUSA, CA 95932 (530) 458-0520 FAX (530) 458-7751



**Condado de Colusa Departamento de Salud Mental  
 Autorization para Uso y la Revelacion para proteger de Infomacion la Salud**

***Usted tiene derecho de pedir una copia completa de esta forma. Fotocopia/fax puede ser usada como original***

**SECCION 1 – CLIENTE (PACIENTE) INFORMACION:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_\_

Apellido Nombre

AKA: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Yo, bajo mi firma, por la presente autorizo:  
 Revelar                       Intercambio

**SECCION 2 – REVELACION DE INFORMACION/INTERCAMBIO DE:**

<b>DESDE:</b>	<b>PARA:</b>
Condado de Colusa Departamente de Salud Mental	_____
<i>Nombre</i>	<i>Nombre</i>
162 E. Carson Street	_____
<i>Domicilio</i>	<i>Domicilio</i>
Colusa, CA 95932	_____
<i>Ciudad, Estado, Codigo Postal</i>	<i>Ciudad, Estado, Codigo Postal</i>
(530) 458-0520              (530) 458-7751	_____
<i>Numero de Telefono    Numero de Fax</i>	<i>Numero de Telefono    Numero de Fax</i>

*Una Autorización para revelar la Protección de la Información de Salud es voluntaria, Tratamiento pago o elegibilidad de beneficios no se efectara si usted no firma esta autorización. Volver a revelar lo que cede la persona está prohibida sin una autorización por escrito de la persona o permitido por la Ley del Estado Federal. Información que ceda de conformidad para esta autorización puede ser revelado para el beneficiario y no protegido por la Ley de California o Federal. Información de revelación de conformidad para la autorización podra tener su expediente protegido por la Ley Federal de Confidencialidad (42 CFR Part2). La Ley Federal prohíbe cualquier revelación de esta información a menos que mas adelante la revelación es expresivamente permitido por un consentimiento escrito por la persona a quien se le pertenece o a otro permitido por (42 CFR Part 2). Una autorización general para este comunicado de información u otra información No es suficiente para este propósito. La Ley Federal restringe cualquier uso de esta información para investigación criminal o ejercer acusación por abuso del alcohol o drogar del paciente.*

**SECCION 3 – REVELACION DE INFORMACION DE SALUD REVELADO:**

- Todo mi record de Salud Mental
- Mi expediente por un tiempo especificado \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_
- Solamente notas del Doctor                       HIV/AIDS
- Expediente de Abuso de Sustancias               Otro (especifique):

**SECCION 4 – PROPOSITO DE LA REVELACION:**

- Continuar con mi cuidado
- Solicitado por el Individuo
- Acceso del Abogado
- Caso de Corte
- Aseguranza
- Discapacidad
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**SECTION 5 – VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACION (SELECCION UNO):**

Al menos de que lo quiera revocar por escrito, esta autorizacion vence en:

- Requerimiento completo (solo una vez revelado)
- Seis meses desde el dia de la firma
- Un año desde el dia de la firma
- Vence con estas especificaciones: \_\_\_\_\_

*Puede revocar esta autorizacion por escrito en cualquier tiempo que se envíe el aviso a Registro de Custodia. La autorizacion puede parar desde el dia recibido, a exepcto si la accion ha estado tomada dependientemente.*

**SECTION 6 – CLIENTE (PACIENTE) O REPRESENTANTE DEL CLIENTE:**

Firma: \_\_\_\_\_

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

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

Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_

CONDADO DE COLUSA DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL *No aceptara ninguna forma de compensacion para la revelación protegida para la información de salud. Pacientes tienes el derecho de inspeccionar la información que se ha revelado y el derecho de recibir una copia de esta autorización.*

CONDADO DE COLUSA DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL  
162 E. CARSON ST., COLUSA, CA 95932 (530) 458-0520 FAX (530) 458-7751