

HIPAA Privacy Authorization Form

**Authorization for Use or Disclosure of Protected Health Information
(Required by the Health Insurance Portability and Accountability Act, 45 C.F.R. Parts 160 and 164)

I. Authorization:

I authorize my health care provider listed below to use and disclose the protected health information described below to Adams County Head Start Health Services Team and Family Services Specialist Team.
Where records are to be **released from** (Name of Clinic/Doctor):

II. Effective Period

This authorization is effective for one calendar year from the date of signature

III. Extent of Authorization

I authorize the release of the following health records as initialed below:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dental evaluation and treatment | <input type="checkbox"/> Physical examination and immunization |
| <input type="checkbox"/> Medication or medical procedure authorization | <input type="checkbox"/> Vision evaluation and treatment |
| <input type="checkbox"/> Hearing evaluation and treatment | <input type="checkbox"/> Nutrition evaluation and treatment |
| <input type="checkbox"/> Mental Health/Psychological Evaluation Behavior evaluation and treatment | |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | |

- IV. This medical information may be used by Adams County Head Start to receive this information for medical treatment or consultation, billing, or claims payment, or other purposes as I may direct
- V. I understand that I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time. I understand that a revocation is not effective to the extent that any person or entity has already acted in reliance on my authorization or if my authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage and the insurer has a legal right to contest a claim.
- VI. I understand that my treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits will not be conditioned on whether I sign this authorization.
- VII. I understand that information used or disclosed pursuant to this authorization may be disclosed by the recipient and may no longer be protected by federal or state law.

Child's Name

DOB: _____

Signature of Parent or Guardian

Relationship to child ((Mother, Father, or Legal Guardian)

Date

Please indicate on line above.

This area to be signed only if permission is withdrawn: I hereby withdraw my permission to release information in the following area(s):

Signature of Parent or Guardian

Date

Formulario de Autorización de Privacidad para HIPAA

** Autorización para Uso o Divulgación de Información Protegida de Salud

(Requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud, 45 C.F.R. Partes 160 y 164)

I. **Autorización:**

Doy autorización a mi proveedor del cuidado de salud mencionado en la parte inferior de este formulario para que use y divulgue la información protegida de salud mencionada abajo al Equipo de Servicios de Salud de Head Start del Condado Adams y al Equipo de Especialistas de Servicios Familiares.

El lugar **de donde se obtendrán los archivos** (Nombre de la Clínica/Doctor):

II. **Periodo de Vigencia**

Esta autorización tiene vigencia por un año calendario a partir de la fecha que acompaña a la firma

III. **Alcance de esta Autorización**

Doy mi autorización para que se entreguen los siguientes archivos de salud indicados con una inicial

____ Tratamiento y Evaluación Dental

____ Examen Físico e Inmunización

____ Autorización para Medicación o Procedimiento Medico

____ Evaluación de la Vista y Tratamiento

____ Evaluación y Tratamiento del Oído

____ Evaluación de Nutrición y Tratamiento

____ Salud Mental/Evaluación Psicológica/Evaluación del Comportamiento y Tratamiento

____ Otro tipo: _____

- I. Esta información médica podrá ser usada por Head Start del Condado Adams para recibir información de tratamiento médico o de consulta, facturación y pago de reclamos, o para otros fines a como yo indique.
- II. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, en cualquier momento. Entiendo que la revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad que ya ha actuado de acuerdo con mi autorización o en caso de que mi autorización fue obtenida como condición para obtener la cobertura del seguro y el asegurador tiene el derecho legal de impugnar una reclamación.
- III. Entiendo que mi tratamiento, pago, matriculación, o elegibilidad para beneficios no estarán bajo la condición de que yo firme esta autorización.
- IV. Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser revelada por el recipiente y ya no puede ser protegida por la ley federal o estatal.

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del menor

Firma del padre o tutor

Relación con el menor (madre, padre, o tutor)

Favor de escribir la relación con el menor sobre la línea.

Fecha

Esta área solo deberá de firmarse si el permiso es revocado: Por medio de la presente revoco mi permiso para entregar información en el (las) área(s) siguiente(s):

Firma del padre o tutor

Fecha