

# 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 Service Team.

**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	Date
	(Mother, Father, or Legal Guardian-please indicate on line above)	

# Formulario de autorización de privacidad de HIPAA

**\*\*Autorización para uso o divulgación de información de salud protegida**  
(Requerida por la Ley de transferencia y responsabilidad de los seguros médicos, 45 C.F.R. Partes 160 y 164)

**I. Autorización:**

Autorizo a mi proveedor de servicios de salud abajo mencionado a utilizar y divulgar la información sobre salud protegida descrita a continuación al Equipo de servicios de salud de Head Start del condado de Adams.

**II. Período de validez**

La presente autorización es válida durante un año calendario a partir de la fecha de firma.

**III. Alcance de la autorización**

Autorizo la divulgación de los siguientes registros médicos según se indica a continuación:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación y tratamiento odontológicos   | <input type="checkbox"/> Examen físico y vacunación             |
| <input type="checkbox"/> Autorización de medicamentos o procedimientos médicos                              | <input type="checkbox"/> Evaluación y tratamiento de la visión  |
| <input type="checkbox"/> Evaluación y tratamiento de la audición  | <input type="checkbox"/> Evaluación y tratamiento nutricionales |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de salud mental/psicológica Evaluación y tratamiento del comportamiento |   |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____  |   |

- IV. La presente información médica puede ser utilizada por Head Start del condado de Adams para recibir esta información para tratamiento o consulta médica, facturación, o pago de reclamos, u otros propósitos que pueda indicar.
- V. Comprendo que tengo el derecho de anular esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Comprendo que una anulación no es válida en tanto que alguna persona o entidad ya haya actuado en virtud de mi autorización o si mi autorización fue obtenida como condición para obtener una cobertura de seguro y la aseguradora tiene un derecho legal de objetar un reclamo.
- VI. Comprendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no quedarán condicionados por el hecho de que firme o no esta autorización.
- VII. Comprendo que la información utilizada o divulgada en virtud de la presente autorización puede ser divulgada por el destinatario y puede dejar de estar protegida por la legislación federal o estatal.

**Nombre del menor:** \_\_\_\_\_

Fecha de nac.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre, madre o tutor**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el menor**  
*(Madre, Padre o Tutor legal, por favor indicar en el renglón superior)*

\_\_\_\_\_  
**Fecha**