



Department of Health Care Policy & Financing

AUTHORIZATION TO DISCLOSE INFORMATION To allow a THIRD PARTY to have access to Protected Health Information

*****Include a copy of your Medicaid ID card and Driver's License, or equivalent*****

CLIENT INFORMATION:

Client Name: _____ Date of Birth: _____

State ID #, Client+ #, or Social Security #: _____
Used for identity verification purposes only

Address, City, State, Zip: _____

The Colorado Department of Health Care Policy and Financing is authorized to disclose my Protected Health Information as specified below to the following person or organization:

Name: _____ Phone Number: _____

Organization: _____

Address, City, State, Zip: _____

INFORMATION TO BE PROVIDED:

Information related to eligibility for benefits – including information located within the Colorado Benefits Management System

Information related to claims, payment, or lack of payment for health care treatment

Health care options, customer service assistance

Other: _____

For a specific time period – From: _____ To: _____

PURPOSE OR NEED FOR INFORMATION BEING REQUESTED: (If you prefer not to state a purpose, please state "At the request of the individual")

EXPIRATION OF AUTHORIZATION: This Authorization will expire in one year from the date signed below, unless another date or event is listed.



Department of Health Care Policy & Financing

REQUIRED STATEMENTS:

I understand that the information provided based on this Authorization may be redisclosed to another party by the authorized recipient, and that the Colorado Department of Health Care Policy and Financing has no control over that additional disclosure and can not protect the information after it is released based on this Authorization.

I understand that I may revoke this Authorization at any time in writing to the address below. I understand that any revocation can only apply to future disclosures or actions regarding the disclosure of my information and cannot cancel actions take or disclosures made while the authorization was in effect.

I understand that the Colorado Department of Health Care Policy and Financing may not condition my health care treatment or payment, or my enrollment or eligibility for benefits on my executing this Authorization.

I certify that this request has been made voluntarily and that the information given is accurate to the best of my knowledge. A copy of this executed Authorization is as effective as the original.

Client signature: _____ **Date:** _____
Parent or Legal Guardian may sign on behalf of minor child.
Legal Guardian, Power of Attorney, or equivalent may sign on behalf of adult – documentation is required.

Return Completed Form by fax or mail to:
Privacy Officer
Colorado Department of Health Care Policy and Financing
1570 Grant Street, Denver, CO 80203
Fax: (303) 866-4411



Department of Health Care Policy & Financing

AUTHORIZATION TO DISCLOSE INFORMATION (AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION)

Para permitirle a una **TERCERA PERSONA** de tener acceso a Información de Salud Protegida

INFORMACION DEL CLEINTE:

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

De ID del Estado, # de ID del Cliente, o # del Seguro Social: _____
Usado con el proposito de verificación de identidad

Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal: _____

El Departamento de Políticas y Finanzas del Cuidado de la Salud de Colorado esta autorizado para revelar mi Información de Salud Protegida como se especifica a continuación:

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Organización: _____

Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal: _____

INFORMATION QUE SE PROPORCIONARA:

Información relacionada a los beneficios de elegibilidad – incluyendo información localizada en el Sistema Administrativo de Beneficios de Colorado (CBMS)

Información relacionada a reclamo, pago, o falta de pago por el tratamiento del cuidado de salud

Opciones de cuidado de salud, asistencia del servicio al cliente

Otro: _____

Para un periodo de tiempo especifico – De: _____ Hasta: _____

PROPOSITO O NECESIDAD PARA LA PETICION DE INFORMACION: (Si prefiere no poner un proposito, por favor especifique “A petición del individuo”)

VENCIMIENTO DE AUTORIZACION: Esta Autorización se vencerá dentro de un año de la fecha firmada abajo, a menos que otra fecha o evento se especifique.



Department of Health Care Policy & Financing

DECLARACIONES REQUERIDAS:

Yo entiendo que la información proporcionada basada en la Autorización se podrá volver a revelar a otro persona o entidad por el representante autorizado, y el Departamento de Salud y Finanzas del Cuidado de la Salud de Colorado no tiene ningún tipo de control de las revelaciones adicionales y no podrá proteger la información una vez que haya sido liberada de acuerdo a la Autorización.

Yo entiendo que puede revocar la Autorización en cualquier momento por una petición escrita y enviarlo al domicilio de abajo. Yo entiendo que cualquier revocación solo se podrá aplicar a futuras revelaciones o acciones de revelación de mi información y no puede cancelar acciones tomadas o revelaciones tomadas mientras la autorización estuvo en efecto.

Yo entiendo que el Departamento de Políticas y Finanzas del Cuidado de la Salud de Colorado no puede condicionar mi tratamiento para el cuidado de mi salud o el pago, o mi inscripción o elegibilidad para beneficios por el hecho de ejecutar esta Autorización.

Yo certifico que esta petición ha sido hecha voluntariamente y que la información que se dio es exacta según lo mejor de mi conocimiento. Copia de la ejecución de la Autorización esta en efecto como la original.

Firma del Cliente: _____ **Fecha:** _____

El padre o Guardián Legal puede firmar por un niño menor.

Guardián Legal, persona con Poder Notarial, o equivalente puede firmar en nombre de un adulto – documentación será requerida.

Regrese la Forma Completada: Privacy Officer, Colorado Department of Health Care Policy & Financing
1570 Grant Street, Denver, CO 80203, Fax: (303) 866-4411