Area Agency on Aging of

Client Information Release

Client Name:	**Client ID:**
By signing this authorization, you are giving the Area Agency on Aging (AAA) _____ permission to release all or part of your information provided, which includes health information. Failure to provide this authorization will result in limited service by the AAA. This release includes access to a continuum of service(s) available through the AAA or its providers.	

PARTS A, B & C TO BE COMPLETED BY CLIENT OR PERSONAL REPRESENTATIVE

I authorize the Area Agency on Aging to release my information to the following person or agency for the purpose(s) stated in Part A. My information will remain available to the person or agency indicated in accordance with the expiration event or date in Part B.

PART A – Release of Information
I understand that my information may contain protected health information. Release my information to the following person or agency: ☐ Any person or agency necessary to meet my service needs.
☐ Only the persons or entities identified:
Check one of the following: ☐ Release all of my information. ☐ Release only the following information:

PART B – Purpose of Release
☐ General: To assist in assessing, arranging, and meeting individual service needs.
☐ Specific:
☐ Expiration: This authorization expires at point of reassessment, where applicable, or within three years of effective date.

PART C – Signature	
(Client or Personal Representative)	(Date)
☐ Check if you are signing for the client and please describe your authority to act for the client on the following line:	
Note: If the person requesting the release of information cannot sign his/her name, two witnesses to his/her mark (X) must sign below. Accept one witness signature in circumstances where it is not possible to obtain two witness signatures. Document the reason in the client file.	
Witness:	Date:
Witness:	Date:

Notice to Client:

- ✓ Once the authorization to release your information is granted, the AAA is not responsible for any redisclosure of the information by the recipient.
- ✓ You can withdraw permission you have given the AAA to use or disclose health information that identifies you, unless the AAA has already taken action based on your permission. You must withdraw your permission in writing.

Agencia del Área para Adultos Mayores de

Divulgación de información del cliente

Nombre del cliente:	**Identificación del cliente:**
Al firmar esta autorización, usted da a la Agencia del Área para Adultos Mayores (AAA) _____ permiso para divulgar toda o parte de su información provista, que incluye información médica. Si no firma esta autorización, la AAA limitará los servicios que le ofrece. Esta autorización de divulgación da acceso a una gama de servicios disponibles por medio de la AAA o de sus proveedores.	

EL CLIENTE O SU REPRESENTANTE PERSONAL DEBE LLENAR LAS PARTES A, B Y C

Yo autorizo a la Agencia del Área para Adultos Mayores para que divulgue mi información a las siguientes personas o departamentos con el propósito indicado en la Parte A. La información estará disponible para la persona o el departamento indicado hasta el evento o la fecha de vencimiento anotada en la Parte B.

PARTE A. Divulgación de información	
Entiendo que la información puede contener información médica protegida. Divulguen mi información a la siguiente persona o departamento: ☐Cualquier persona o departamento, si se tiene que hacer para satisfacer mis necesidades de servicios.	
☐Sólo a las personas o entidades identificadas:	
Marque una de las siguientes opciones: ☐ Divulguen toda mi información. ☐ Divulguen sólo la siguiente información:	

PARTE B. Propósito de la divulgación
☐ General: asistir en evaluación, hacer arreglos, y a satisfacer las necesidades personales de servicios.
☐Específico:
Expiración: Esta autorización expira en el punto de la revaluación, donde esto se aplica, o tres años después de la fecha de vigencia.

PARTE C. Firmas	
(Cliente o Representante personal)	(Fecha)
☐ Marque este cuadro si firmó en nombre del cliente y describa en el siguiente renglón qué autoridad tiene para actuar por el cliente:	
Nota: si la persona que pide la divulgación de información no puede firmar su nombre, dos testigos de su marca (X) tienen que firmar a continuación. Acepte la firma de un solo testigo cuando no sea posible obtener la firma de dos testigos. Documente la razón en el archivo de cliente.	
Testigo:	Fecha:
Testigo:	Fecha:

Aviso al cliente:

- ✓ Una vez que se conceda la autorización para divulgar su información, la AAA no se hace responsable de ninguna divulgación de la información de parte del destinatario.
- ✓ Usted puede retirar el permiso que le haya dado a la AAA para usar o divulgar información de salud que lo identifique a usted, a menos que la AAA ya haya tomado alguna acción de acuerdo con su permiso. Si quiere retirar el permiso, tiene que hacerlo por escrito.