



16016 233<sup>rd</sup> Street      228 Krays Mill Road\*  
 Little Falls MN 56345      Cold Spring MN 56320  
 Phone: (320)632-5524      Fax: (888)991-2741  
 Email: [office@truebalancefarm.com](mailto:office@truebalancefarm.com)

Client Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_, authorize True Balance Ltd to \_\_\_\_\_ send / \_\_\_\_\_ receive the following information  
 From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ or ALL DATES OF SERVICE.

Name/Organization \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 Phone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

A separate authorization, as defined by HIPAA, is required for \*Psychotherapy Notes.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Academic testing results | <input type="checkbox"/> Service/Behaviors plans                   | <input type="checkbox"/> *Psychotherapy notes      |
| <input type="checkbox"/> Appointment information  | <input type="checkbox"/> Summary reports                           | <input type="checkbox"/> Special education records |
| <input type="checkbox"/> Email correspondence     | <input type="checkbox"/> Progress notes                            | <input type="checkbox"/> Entire record             |
| <input type="checkbox"/> Telephone conversations  | <input type="checkbox"/> Psychological testing (results & reports) |  |
| <input type="checkbox"/> Medical reports          | <input type="checkbox"/> Other – Specify _____                     |  |

The above information will be used for the following purposes:

- Planning or continuing appropriate treatment or program
- Psychological evaluation
- Collaborative care
- Other – Specify \_\_\_\_\_

I understand that this information may be protected by Title 42 (Code of Federal Rules of Privacy of Individually Identifiable Health Information, parts 160 & 164) and Title 45 (Federal Rules of Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records, Ch1, part 2), plus applicable state laws. I further understand the information disclosed to the recipient may not be protected under these guidelines if they are not a health care provider covered by state or federal rules.

I understand that this authorization is voluntary, and I may revoke this consent at any time by providing written notice, and after (\_\_\_\_\_) this consent automatically expires. I have been informed what information will be given, its purpose, and who will receive the information. I understand that I have a right to receive a copy of this authorization. I understand that I have a right to refuse to sign this authorization.

Your relationship to client  Self  Parent/Legal guardian  Other \_\_\_\_\_

If you are the legal guardian or representative appointed by the court for the client, please attach a copy to this authorization to receive this protected health information.

Client's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Parent/Guardian/Personal Representative (if applicable)

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**\*No Mail delivery to this address**



16016 233<sup>rd</sup> Street      228 Krays Mill Road\*  
Little Falls MN 56345      Cold Spring MN 56320  
Phone: (320)632-5524      Fax: (888)991-2741  
Email: [office@truebalancefarm.com](mailto:office@truebalancefarm.com)

Cliente nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_ estado Zip \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ autorizo True Balance Ltd a enviar \_\_\_ / \_\_\_ recibir la siguiente información  
De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ or todas las fechas de servicio.

\_\_\_\_\_ Nombre/organización  
Dirección \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_ estado Zip \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Una independiente, según lo definido por la ley HIPAA, se requiere autorización para \* notas de psicoterapia.

- resultados comportamientos de servicio de prueba planes
- \* notas de psicoterapia
- De información cita Resumen informes \_\_\_\_\_ expedientes de educación especial
- Email correspondencia \_\_\_\_\_ notas de progreso \_\_\_\_\_ registro de todo
- Teléfono conversaciones \_\_\_\_\_ pruebas psicológicas (resultados e informes)
- Médico informes
- otros -especificar \_\_\_\_\_

La información anterior se utilizará para los siguientes propósitos:

- planificación o continuar tratamiento o programa
- Evaluación psicológica
- Cuidado colaborativo
- Otros - especificar \_\_\_\_\_

Entiendo que esta información puede ser protegida por título 42 (código de Federal reglas de privacidad de forma individual salud identificable, partes 160 y 164) y Título 45 (reglas federales de confidencialidad de Alcohol y drogas abuso paciente registros, Ch1, parte 2), además de las leyes estatales aplicables. Entiendo la información divulgada al receptor puede no estar protegida bajo estas directrices si no son un proveedor de atención médica cubierto por el estado o reglas federales.

Entiendo que esta autorización es voluntaria y yo puedo revocar este consentimiento en cualquier momento por notificación escrita, y después de (\_\_\_\_\_) esta autorización caduca automáticamente. He sido informado qué información se dará, su propósito, y que recibirá la información. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización.

Su relación con el cliente \_\_\_ auto \_\_\_ Parent/Legal guardian \_\_\_ otros \_\_\_

Si usted es el tutor legal o representante designado por la corte para el cliente, por favor adjunte una copia a este autorización para recibir esta información de salud protegida.

\_\_\_\_\_ del cliente  
\_\_\_\_\_ Representante de padres/guardián/Personal (si procede)