



AUTORIZACIÓN PARA USAR O COMPARTIR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

A la persona u organización que recibe la información de salud protegida del Centro le está prohibido por la ley compartir la misma a alguien más sin una autorización por escrito por separado de usted. El Centro no es responsable de la divulgación hecha por terceros que re-divulgan información sin su autorización.

LA INFORMACION DEL CLIENTE:

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: CALLE: _____ APT. #: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE CONTACTO #: DIA: _____ NOCHE: _____

EL PERMISO PARA COMPARTIR:

- Solicito una copia del archivo en papel de mi / mi hijo. (Pase a la firma en la siguiente página.)
- Le doy permiso al Centro para compartir información médica protegida Con el grupo que se indica a continuación.
- Doy permiso para que el Centro y el grupo indicado a continuación Se comuniquen según sea necesario.

COMPARTIR INFORMACION COMO APARECE:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número de Teléfono: _____

Número de Fax: _____

Enviar por:

- Correo Postal
- Email
- FAX
- Levantarlo en persona en la oficina del Center
- Contacto por Teléfono

Propósito: (Marque el cuadro apropiado)

- Cuidado Médico
- Seguro Médico
- Asuntos legales
- Personal
- Escuela
- Copias del expediente
- Otros (especifique) _____

Cuota o cargo de procesamiento se aplicará (ver la página siguiente para más detalles.)



The Center
for Integrative Counseling
and Psychology

EL PROPOSITO DE USO O COMPARTIR Solamente los siguientes propósitos (El cliente tiene que poner sus iniciales en cada línea indicando las razones para el uso o revelación de la información):

<input type="checkbox"/> Para verificar si estoy participando y cooperando con el tratamiento (Referencia anterior)	<input type="checkbox"/> Continuación de mi cuidado terapéutico
<input type="checkbox"/> Para permitir la administración terapéutica apropiada y la coordinación de mi salud mental y / o tratamiento de abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Pagos
<input type="checkbox"/> Evaluación Psicológica	<input type="checkbox"/> Para mi propia información
	<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____

INFORMACION PARA COMPARTIR Solo la información que sigue (El cliente tiene que poner sus iniciales en cada línea de las razones mencionadas abajo para poder compartir su información):

<input type="checkbox"/> Toda información	<input type="checkbox"/> Historial de Drogas/alcohol
<input type="checkbox"/> Información para Pagos	<input type="checkbox"/> Recomendaciones después de que fui dado de alta /Sumario de mi tratamiento
<input type="checkbox"/> Participación y cooperación con el tratamiento	<input type="checkbox"/> Resultados de prueba del VIH Y/O información del tratamiento del VIH.
<input type="checkbox"/> Diagnostico/Asesoramiento y la información de datos	<input type="checkbox"/> Otros (describa) _____
<input type="checkbox"/> Reporte de las notas de mi consejera\terapeuta.	_____

PAGO POR LOS EXPEDIENTES O REGISTROS DEL CLIENTE:

Habrà un cargo administrativo de impresión de copias / fax de \$25 por las primeras 20 páginas y \$.50 por cada página posterior que se imprima relacionado con los expedientes de clientes. Habrà costos adicionales que pueden ser incluidos por el envío de expedientes o la entrega. Tenga en cuenta que tomará de 7 a 10 días hábiles por el procesamiento de registros o los expedientes. Los cargos por los registros del cliente deben ser pagados por adelantado.

ACUERDO:

Yo entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Center se haya basado en esta autorización. La revocación por escrito debe dirigirse a la dirección del membrete de esta forma. A menos que sea revocado de otra manera, yo entiendo que esta autorización expira en seis (6) meses a partir de la fecha de la firma. Una copia de esta autorización se considera tan válida como el original. Yo entiendo que Center no se responsabiliza por las revelaciones hechas por terceros una vez que la información es liberada por Center y la información liberada puede ser revelada de nuevo y puede que ya no esté protegida por las pólizas de regulaciones de privacidad federales y estatales.

Por favor lea completamente esta forma antes de Firmar.

Si tiene alguna pregunta sobre esta forma, llamar al: 214-526-4525.

_____ ○ _____
(Nombre del cliente en letra de molde) (El nombre del Representante Autorizado en letra de molde)

_____ ○ _____
(Firma del cliente) (Fecha) (Representante Autorizado se requiere la firma) (Fecha)

Si está firmado por un representante autorizado, describa la autoridad para actuar como miembro:

Padre Guardián Autoridad legal _____

(Firma del testigo) (Fecha)