

AUTORIZACIÓN PARA USAR O COMPARTIR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

A la persona u organización que recibe la información de salud protegida del Centro de Consejería Pastoral le está prohibido por la ley compartir la misma a alguien más sin una autorización por escrito por separado de usted. El Centro de Consejería Pastoral 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:	<input type="checkbox"/> Yo requiero una copia del expediente o records del cliente. <input type="checkbox"/> Yo doy mi permiso para compartir mi información de salud protegida con las personas o entidades indicadas abajo.
-----------------------------------	---

COMPARTIR INFORMACION COMO APARECE:	
DE: Nombre: _____ Dirección: _____ Número de Teléfono: _____ Enviar por: <input type="checkbox"/> Correo Postal <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> Levantarlo en persona en la oficina de PCC <input type="checkbox"/> Contacto por Teléfono	PARA: Nombre: _____ Dirección: _____ Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____ Propósito: (Marque el cuadro apropiado) <input type="checkbox"/> Cuidado Médico <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Seguro Médico <input type="checkbox"/> Copias del expediente <input type="checkbox"/> Asuntos legales <input type="checkbox"/> Otros (Especifique por favor) <input type="checkbox"/> Personal

Cuota o cargo de procesamiento se aplicará (vea abajo para detalles.)

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):	
_____ Para verificar si estoy participando y cooperando con el tratamiento (Referencia anterior) _____ Para permitir la gestión terapéutica apropiada y la coordinación de mi salud mental y / o tratamiento de abuso de sustancias _____ Evaluación Psicológica	_____ Continuación de mi cuidado terapéutico _____ Pagos _____ Para mi propia información _____ 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	<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 HIV Y/O información del tratamiento del HIV.
<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 PCC 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 PCC no se responsabiliza por las revelaciones hechas por terceros una vez que la información es liberada por PCC 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

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

Firma

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

Si firmo como representante autorizado, describa el tipo de derecho o autoridad que tiene sobre el cliente:

_____ (Firma del testigo) (Fecha)