

Autorización para:

Uso y Revelación Inspección Modificación De Información Médica/Cliente Protegida

I _____ de _____ autorizo
(Padre/Tutor/Encargado) (Cliente) (Fecha de Nacimiento)

el Departamento de Gestión de Registros, proveedor de servicios o el Supervisor de cliente que se indican, o Designado Asistente Administrativa del Centro de DePelchin Children's Center, cuyo principal dirección de la oficina es 4950 Memorial Dr., Houston, TX, 77007, divulgar u obtener información sobre la salud/cliente protegido a partir del registro de cliente(s):

(Nombre del Cliente)

a/desde: _____
(Nombre/Dirección de la persona/organización a la que la divulgación ha de ser realizada o recibida de) (Relación con el Cliente)

Fax #: _____ Teléfono #: _____

Para las fechas de servicio: _____
(Especificar las Fechas de Servicio)

La información médica protegida que debe revelarse incluye lo siguiente:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Notas de la Sesión de Consejero/Psiquiatra | <input type="checkbox"/> Registros de Medicamentos | <input type="checkbox"/> Psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta/Traslado | <input type="checkbox"/> Estudio En El Hogar | <input type="checkbox"/> Sólo Verbal |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Inicial | <input type="checkbox"/> Diarios notas Entrar/caja (no el asesoramiento) | <input type="checkbox"/> No Restringida |
| <input type="checkbox"/> Planes de Tratamiento | <input type="checkbox"/> Informes Escolare | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Psicológica | <input type="checkbox"/> Nombramiento Fechas Sólo | |

A los fines de: Continuación de Cuidado Educación Legal Seguro Otra: _____

Entiendo que puedo cancelar esta autorización por escrito que está firmado y fechado al Oficial de Privacidad en cualquier momento a menos que la información ya ha sido puesto en libertad debido a que o se requiere la revelación de pago para la organización. En cualquier caso, esta autorización expirará 90 días después de la fecha de la firma (autorización para proporcionar información a un proveedor de acceso contratado por el servicio o la coordinación en curso expira después de un año), a menos que la lista otra fecha. Fecha de lista, evento o condición sobre la cual este consentimiento expira: _____

- * Reconozco que esta autorización es voluntaria.
- * La elegibilidad, pago o inscripción para beneficios médicos y/o terapéuticos no se verá afectada por no firmar este formulario.
- * Es posible que la información revelada como resultado de esta autorización deje de estar protegida por las leyes de privacidad y pueda ser revelada por la compañía o por la persona que físicamente recibe esta información.

Yo reconozco y autorizo que la Información revelada podría contener información relacionada con, el consumo de alcohol, abuso de drogas, pruebas y resultados de HIV o información relacionada con el SIDA.

A LA PARTE QUE RECIBE ESTA INFORMACIÓN: La información que le ha sido revelada consta en registros cuya confidencialidad está protegida por la Ley Federal. Las regulaciones federales (42 CFR Parte 2) le prohíben revelar cualquier información adicional sin el consentimiento específico, por escrito de la persona a quien pertenece, o que de otra manera esté autorizada por dichas regulaciones. Una autorización general para revelar información no es suficiente para este fin. EN EL CASO DE LOS EXPEDIENTES DE CLIENTES APLICABLES EN VIRTUD DE LA LEY FEDERAL 42 CFR PARTE 2, yo, el suscriptor, también comprendo que la copia de esta autorización firmada es aceptable como si fuera el original.

_____ Padre/Tutor/Encargado	_____ Relación con el Cliente	_____ Fecha
_____ Cliente (mayor de 18 años)	_____ Fecha	
_____ Testigo (mayor de 18 años)	_____ Fecha	

**Honorarios /cargos cumplirán con todas las leyes y regulaciones aplicables a la revelación de Información Médica Protegida. El pago deberá efectuarse al momento de revelar la información.*