

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

21st Century Counseling, PLLC

Autorización para Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud

Este formulario de autorización implementa los requisitos para la autorización del cliente para usar y divulgar información de salud protegida por la ley federal de privacidad de salud (45 CFR Partes 160, 164), la ley federal de confidencialidad de drogas y alcohol (42 CFR Parte 2) (NCGS 130A-143) y la ley de confidencialidad estatal que rige los servicios de salud mental, discapacidades del desarrollo y abuso de sustancias (GS 122 C).

Nombre del cliente: _____ Número de registro: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de seguro: _____

Yo, _____, Autorizar a Jonadab S Franco, LCSW, LISW-CP (DBA: 21st Century Counseling, PLLC) a divulgar y / o a obtener de:

_____ la siguiente información:

[Insertar el nombre de la persona o el título de la persona u organización]

Descripción de la información a revelar

(El paciente o la persona legalmente responsable debe inicializar cada artículo para ser revelado)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluación

<input type="checkbox"/> Diagnóstico
<input type="checkbox"/> Evaluación Psicosocial
<input type="checkbox"/> Notas de progreso / servicio
<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica
<input type="checkbox"/> Plan o resumen del tratamiento
<input type="checkbox"/> Actualización del tratamiento actual
<input type="checkbox"/> Información sobre la administración de medicamentos
<input type="checkbox"/> Presencia / Participación en el Tratamiento | <input type="checkbox"/> Información médica

<input type="checkbox"/> Información educacional
<input type="checkbox"/> Resumen de la descarga / transferencia
<input type="checkbox"/> Plan de cuidado continuo
<input type="checkbox"/> Progreso en el Tratamiento
<input type="checkbox"/> Información demográfica
<input type="checkbox"/> Notas de Psicoterapia*
(*No se puede combinar con ninguna otra autorización)
<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otro _____ |
|---|--|

Propósito

El propósito de esta divulgación de información es mejorar la evaluación y la planificación del tratamiento, compartir información relevante para el tratamiento y, cuando sea apropiado, coordinar los servicios de tratamiento. Coordinación de las actividades de atención.

Si el propósito no es la coordinación de cuidado, especifique: _____

Vencimiento

A menos que antes sea revocada, esta autorización expira será válida por 1 año o como se indica de otra manera:

Condiciones

También entiendo que Jonadab S Franco, LCSW, LISW-CP no condicionará mi tratamiento sobre si doy autorización para la divulgación solicitada. Sin embargo, se me ha explicado que el no firmar esta autorización puede tener las siguientes consecuencias: El clínico no podrá coordinar la atención para el cliente. Esta acción puede tener un impacto negativo en el bienestar del cliente.

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

Forma de divulgación

A menos que haya solicitado específicamente por escrito que la divulgación se realice en cierto formato, nos reservamos el derecho de revelar la información permitida por esta autorización de cualquier manera que consideremos apropiada y consistente con la ley aplicable, incluyendo pero no limitado a , Verbalmente, en formato de papel o electrónicamente.

Redisclosure

Una vez que se divulgue la información de conformidad con esta autorización firmada, entiendo que la ley federal de privacidad (45 C.F.R. partes 160 y 164) que protege la información de salud puede no aplicarse al destinatario de la información y, por tanto, no puede prohibir que el destinatario la divulgue. Otras leyes, sin embargo, pueden prohibir la divulgación. Cuando divulguemos información sobre discapacidades mentales y de salud mental protegida por la ley estatal NCGS § 122C-53(c) o información sobre el tratamiento de abuso de sustancias protegida por la ley federal (42 CFR Parte 2), debemos informar al receptor de la información que la divulgación está prohibida, Por estas dos leyes.

Se me dará una copia de esta autorización para mis registros.

Firma del Paciente / Cliente

Fecha

Firma del padre, tutor o persona legalmente responsable, si es necesario

Fecha