



Nombre: \_\_\_\_\_

Prairie View Case Número: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre Impreso del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Propósito de divulgación:

\_\_\_ para coordinar el tratamiento

\_\_\_ a petición del paciente

\_\_\_ otros: \_\_\_\_\_

Yo Autorizo \_\_\_\_\_ para intercambiar información

**Prairie View**

(Address / Dirección)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

con:

\_\_\_ a revelar información a:

\_\_\_ obtener información acerca de:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: (casa) \_\_\_\_\_

(celular) \_\_\_\_\_

(negocios/trabajo) \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Indique los espacios apropiados:

\_\_\_\_\_ **Paciente Hospitalizado** – asesoramiento psicológica, historia y examen físico, informe de pruebas psicológicas, laboratorio de PCP resumen de descargo medico, lista de medicamentos)

\_\_\_\_\_ **Paciente Hospitalizado con Dependencias** asesoramiento psicológica, resumen de abuso de vicios, historia y examen físico, informe de pruebas psicológicas, laboratorio de PCP resumen de descargo medico

\_\_\_\_\_ **Hospitalización Parcial** - asesoramiento psicológica, resumen de descargo medico

\_\_\_\_\_ **Sitio Residencial de Tratamiento** - asesoramiento psicológica, resumen de pruebas psicológicas, resumen de descargo

\_\_\_\_\_ **Paciente Ambulante** - asesoramiento psicológica, lista de medicamentos

\_\_\_\_\_ **Registros escolares** - notas de progreso de la escuela, la evaluación de la ingesta de escuela, grados, asistencia, IEP

\_\_\_\_\_ **Plan de tratamiento**

\_\_\_\_\_ **Informe de consulta psicológica**

\_\_\_\_\_ **Resumen de evaluación de dependencia química**

\_\_\_\_\_ **Resumen de evaluación de alcohol/DUI**

\_\_\_\_\_ **Resumen e Evaluación de delincuente sexual**

\_\_\_\_\_ **Notas de terapia** (en los últimos 6 meses)

\_\_\_\_\_ **Comprueba de medicamentos** (en los últimos 6 meses)

\_\_\_\_\_ **Informes de laboratorio** (en los últimos 6 meses)

\_\_\_\_\_ **Todo registro**, - incluida la información de correspondencia y de cobros

\_\_\_\_\_ **Otros:** \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_ (un año después de la fecha de firma si no especificados)

Entiendo que mi tratamiento no estará condicionado al firmar esta autorización y que tengo el derecho a revocar esta autorización, excepto en la medida se ha tomado la medida o se ha basado en, poniendo mi revocación por escrito y entregándola a Prairie View. Entiendo que información divulgada en virtud de la autorización puede ser sujeta a re-divulgación por el destinatario y ya no sea protegida por las normas de privacidad Federal. Entiendo que recibiré una copia de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
**Impreso** Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Representante de Prairie View

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Impreso** el Nombre del Representante

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante

\_\_\_\_\_  
Descripción de la Autoridad del Representante  
(es decir, Legal Guardián o poder notarial)

\_\_\_\_\_  
Linea de Dirección 1

\_\_\_\_\_  
Linea de Dirección 2

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_