

Nombre: _____

Número de Caso de Prairie View: _____

AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION

Nombre del Paciente: _____

Dirección: _____

: _____

Fecha de nacimiento: _____

Propósito de la Divulgación de Información

____ Para coordinar tratamiento

____ A solicitud del paciente

____ Otro: _____

Yo autorizo a

Prairie View
1901 East First Street
PO Box 467
Newton, KS 67114

____ Intercambiar información con

____ Divulgar información para

____ Obtener información de

Nombre: _____

Dirección: _____

Tel. (casa): _____

(celular): _____

(negocio/trabajo): _____

Fax: _____

Relación con el paciente: _____

Marque los espacios apropiados:

____ **Paciente Interno en el Hospital** - evaluación psiquiátrica, historial y examen físico, laboratorio, reporte de prueba psicológica, resumen de su alta del hospital.

____ **Centro de Tratamiento para Adicciones** – evaluación psiquiátrica, evaluación por abuso de sustancias, historial y examen físico, laboratorio, reporte de prueba psicológica, resumen de su alta

____ **Hospitalización Parcial** - evaluación psiquiátrica, resumen de su alta del hospital

____ **Instalación de Tratamiento Psiquiátrico Residencial** - evaluación psiquiátrica, reporte de prueba psicológica, resumen de su alta

____ **Paciente Ambulatorio** – Evaluación de admisión, lista de medicamentos.

____ **Registros escolares**- notas de progreso en la escuela, evaluación para inscripción en la escuela, calificaciones, asistencia, programa de educación especial

____ **Evaluación Psiquiátrica**

____ **Reporte de Prueba Psicológica**

____ **Evaluación por Abuso de Sustancias**

____ **Evaluación como Ofensor Sexual**

____ **Notas de Terapia** (últimos 6 meses)

____ **Chequeos de Medicamentos** (últimos 6 meses)

____ **Reportes de Laboratorio** (últimos 6 meses)

____ **Historial Completo** – incluyendo

correspondencia e información sobre cuotas

____ **Otro** _____

Fecha de vencimiento _____ (un año a partir de la fecha de la firma, si es que no se especifica otra cosa)

Yo entiendo que mi tratamiento no estará condicionado a que firme esta autorización y que tengo el derecho a revocar esta autorización en el momento de poner mi revocación por escrito y entregársela a Prairie View, excepto en la medida en que se hayan tomado acciones o que se hayan apoyado en esta. Entiendo que la información que se haya divulgado bajo esta autorización podría quedar sujeta a ser divulgada nuevamente por parte del receptor y que ya no estaría protegida por las Normas de Privacidad Federales. Entiendo que recibiré una copia de esta autorización.

Nombre del paciente **en letra de molde**

Firme

Aquí

Firma del paciente

O

Nombre del representante **en letra de molde**

Firme

Aquí

Firma del representante

Fecha: _____ Hora: _____

Descripción de la Autoridad del Representante
(Por ejemplo, Padre, Tutor, Poder Notarial, etc.)

Dirección Línea 1

Dirección Línea 2

Representante de Prairie View

Teléfono: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Fecha: _____ Hora: _____