



Name: \_\_\_\_\_

Prairie View Case Number: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a Prairie View para Dar Información A: (y/o) Obtener Información de:

Agencia/ Organización: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Contacto en Emergencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Registro completo**, incluyendo correspondencia e información sobre honorarios.

**Evaluación De Salud Mental**

**Evaluación De Medicación**

**Evaluación Del Uso De Sustancias/ASAM Actualizar**

**Notas De Progreso** (últimos 6 meses)

**Informes Médicos** (últimos 6 meses)

**Otro:** \_\_\_\_\_

**Plan De Tratamiento**

**Resumen/Plan De Alta**

**Documentos/Informes Legales**

**Citas/Programación/Asistencia**

**Lista De Medicamentos**

**Resultados De Laboratorio**

**Centro De Tratamiento**

**Residencial Psiquiátrico -**

Turning Point

**Evaluación De Delincentes Sexuales**

**Registros Escolares**

**Informe De Pruebas**

**Psicológicas/Neuropsicológicas**

**Información Sobre Tarifas**

**Para:** Tratamiento, Pago y/u Operaciones de Atención Médica Otro: \_\_\_\_\_

Fecha de expiración: \_\_\_\_\_ (un año a partir de la fecha de la firma, salvo que se especifique lo contrario)

Entiendo que mi tratamiento no estará condicionado a la firma de esta autorización y que tengo derecho a revocarla, salvo en la medida en que se haya actuado en consecuencia o se haya confiado en ella, mediante la presentación de mi revocación por escrito y su entrega a Prairie View. Entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y dejar de estar protegida por las normas federales de privacidad. La Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales prohíbe el uso o la divulgación no autorizados de estos registros. Entiendo que recibiré una copia de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
**Impreso** Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
**Firma** de Paciente

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

\_\_\_\_\_  
Prairie View Representative

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

\_\_\_\_\_  
**Impreso** Nombre del representante

\_\_\_\_\_  
**Firma** de Representante

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del representante  
(por ejemplo, padre, tutor legal, DPOA, etc.)

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

1901 E 1<sup>st</sup> St  
Newton, KS 67114

508 S Ash  
Hillsboro, KS 67063

1102 Hospital Dr  
McPherson, KS 67460

7570 W 21<sup>st</sup> St N Ste 1026-D  
Wichita, KS 67205