

AUTHORIZATION TO SHARE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Proveedor: _____

INFORMACION QUE SE INTERCAMBIARA:

Autorizo a LifeStance health, Inc., y su afiliado, (colectivamente "Proveedor") a compartir informacion de Salud Protegida sobre el Paciente identificado anteriormente con el siguiente destinatario:

Nombre: _____

Organizacion: _____

Direccion: _____

Numero de Suite: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** _____

Numero del Telefono: _____

Numero de Fax (opcional): _____

Entiendo que "compartir" significa revelar oralmente en la conversacion, por escrito o a traves de la transmision electronica. Esta autorizacion permite al Proveedor compartir la informacion solicitada con respecto a mi tratamiento de salud conductual o los siguientes tipos de informacion sobre el Paciente (marque todas las que correspondan):

- Evaluaciones
- Diagnostico
- Plan de Tratamiento
- Notas de Progreso
- Resumen del Registro de Salud Mental
- Registros Medicos/Hospitalarios
- Resultados de las Pruebas Psicologicas/Medicas
- Resumen de Descarga
- Otro: _____

- Diagnostico del VIH/SIDA o Infeccion por Tratamiento
- Diagnostico de Enfermedades de Transmision Sexual o Informacion de Tratamiento
- Resultados de las Pruebas de Deteccion Genetica
- Tratamiento o Diagnostico por Abuso de Sustancias

El proposito de compartir esta informacion: _____

Entiendo que solo la persona que ha dado su consentimiento para la atencion (incluidos los menores segun lo requiera o permita la ley estatal) puede autorizar la divulgacion de informacion medica protegida. Entiendo que autorizar la divulgacion de esta informacion de salud es voluntario. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento o el pago. Entiendo que puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento escribiendo:

LifeStance Health
5415 SE Milwaukie Ave
Portland, OR 97202-4940

Si cancelo esta autorizacion, entiendo que la cancelacion no se aplicara en la medida en que LifeStance ya haya confiado en mi consentimiento antes de recibir mi revocacion por escrito. Entiendo que una vez que la informacion ha sido divulgada de acuerdo con los terminos de esta autorizacion, que la informacion no puede ser retirada, incluso despues de cualquier revocacion de esta autorizacion. Entiendo que cualquier divulgacion de informacion conlleva la posibilidad de posterior divulgacion o distribucion por parte del destinatario que no pueda estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. A menos que la revoque antes, esta fecha en que termino mi relacion paciente-proveedor con los proveedores de LifeStance, lo que ocurra mas adelante en el tiempo. Ademias, entiendo que una copia de este documento puede ser enviada por fax o por correo a los Destinatarios anteriores.

Fecha: _____

Firma:

Nombre del Representante del Paciente, si corresponde: _____

Descripcion de la Relacion del Representante del Paciente, si corresponde: _____