

Autorización para Utilizar y Revelar la Información de Salud Protegida

PO Box 82819, Portland, OR 97282
Teléfono: 503-233-5405 Fax: 503-233-2693

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Con mi firma abajo, yo autorizo _____ & WPCS a

OBTENER información de REVELAR información a

Persona de contacto: _____ Organización: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ Fax: _____

La información para se utiliza/provee consiste en la información sobre el cuidado de salud mental, incluyendo:

Evaluación Plan de tratamiento Notas Información de la coordinación de cuidado

Otra: _____

El propósito para proveer/comunicar esta información es:

Coordinación de cuidado Otro: _____

Yo entiendo que las leyes adicionales sobre la información del tratamiento de la salud mental, VIH/SIDA, la genética, y el alcohol/drogas se pueden aplicar. Yo entiendo y estoy de acuerdo de que la información se proporcionará si coloco mis iniciales en los espacios adecuados.

Inicial: ____ La información de la salud mental

Inicial: ____ Diagnóstico, tratamiento, o información de referencia para las drogas/el alcohol

Inicial: ____ Información de VIH/SIDA

Inicial: ____ Información sobre pruebas genéticas

Otra información

Yo entiendo que no estoy obligado/a a firmar esta autorización. Si me niego a firmarla, no se me prohibirá obtener el tratamiento de Western en las áreas de la salud mental o del alcohol/las drogas. La única excepción es si los servicios que busco solamente son para proveer la información de salud a alguien más y la autorización sea necesaria para hacer la divulgación.

Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoco esta autorización, la información descrita no va a ser utilizada ni revelada por las razones descritas aquí. Si Western ya ha usado o ha revelado la información, no se puede deshacer. Para revocar esta autorización, puedo pedirle la forma a la oficina de frente o a mi proveedor y devolver la forma completa a mi proveedor o a la oficina de frente.

Yo entiendo que la información usada o revelada como resultado a esta autorización puede ser sujeta a una re-divulgación y ya no puede tener protección bajo la ley federal. Sin embargo, entiendo que la ley federal o estatal puede limitar la re-divulgación de VIH/SIDA, la información de la salud mental, la información de pruebas genéticas, y el diagnóstico, tratamiento, o información de referencia para las drogas/el alcohol.

A menos que se cancele, esta autorización es vigente por 60 días después de haberse completada el tratamiento o:

Firma

He leído esta autorización y la entiendo.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor/representante: _____ Fecha: _____

Si un representante personal, escriba el nombre aquí: _____

Relación con el cliente: Padre Tutor legal Poder del abogado/cuidado de salud Otro: _____