



5815 Broadway • Great Bend, KS 67530
 800-875-2544 • 620-792-2544 • 620-792-7052 (fax)

Autorización para la liberación de información protegida sobre la salud
**AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE
 OF PROTECTED HEALTH INFORMATION**

INFORMACIÓN DEL CLIENTE					
Apellido:	Primer nombre:	2do nombre:	Fecha de Nac.:	No. Seguro Social:	Cliente #:
			- -	- -	
Dirección:		Ciudad:		Edo.:	C.P.:

Yo, _____, el cliente o representante autorizado, autorizo a
The Center for Counseling & Consultation (El centro de consejería y consulta) para:

REVELAR la siguiente información verbal/o escrita: (Por favor ponga su **inicial** en donde corresponda)

Evaluación de admisión /Reporte de admisión
 Solamente diagnóstico
 Informe de dado de alta
 Evaluación (especifique): _____
 Exploración de hospitalización
 Presencia en el programa
 Notas de progreso (Manejo caso): De _____ a _____
 Notas de progreso (Medicamento): De _____ a _____
 Notas de Progreso (Terapia): De _____ a _____
 Revisión(es) de progreso
 Plan(es) de tratamiento
 Otro (especifique): _____
 Otro (especifique): _____
 Otro (especifique): _____

INFORMACIÓN PARA SER REVELADA A:					
Nombre:	Atn:	Dirección:	Ciudad:	Edo.:	C.P.:

RESTRICCIONES:
La información indicada será revelada a menos que hayan restricciones específicas anotadas aquí:

*Esta información le ha sido revelada a usted de archivos en los cuales la confidencialidad está protegida por la ley federal. Las Regulaciones federales (42 CFR Parte 2) prohíben al receptor de hacer cualquier revelación adicional sin el consentimiento escrito específico de la persona a quien corresponda o con la excepción de lo permitido por tales regulaciones. Una autorización general para revelar información médica u otra información **no** es suficiente para este propósito.

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO A MENOS QUE LA INFORMACIÓN DE LA SEGUNDA PÁGINA ESTÉ COMPLETA



Autorización para la liberación de información protegida sobre la salud
**AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE
 OF PROTECTED HEALTH INFORMATION**

EL PROPÓSITO O NECESIDAD PARA LA DIVULGACIÓN (PONER INICIAL A LAS NECESARIAS)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coordinación del caso | <input type="checkbox"/> Ubicación escolar o Evaluación |
| <input type="checkbox"/> Evaluación / planeación de tratamiento | <input type="checkbox"/> Facilitar visitas |
| <input type="checkbox"/> Procedimientos legales | <input type="checkbox"/> Otro(especifique) _____ |
| | _____ |

EXPIRACIÓN (PONER SU INICIAL EN SU OPCIÓN ELEGIDA)

ESTA AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER REVOCADA POR MÍ EN CUALQUIER MOMENTO AL RECIBIR MI **PETICIÓN ESCRITA** EXCEPTO LA ACCIÓN QUE YA HA SIDO TOMADA. ESTA AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA HASTA UN AÑO DE LA FECHA DE LA FIRMA (A MENOS QUE TENGA MIS INICIALES):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hasta completar el tratamiento/evaluación | <input type="checkbox"/> En la siguiente fecha: _____-_____-_____ |
|--|---|

FIRMA

Yo admito que cierta información que estoy aceptando sea liberada es confidencial y es protegida por ley Federal y Estatal. Yo admito, que una vez liberada, puede estar sujeta a ser liberada nuevamente por el receptor y no está protegida por los estatutos de limitación. El que me provean tratamiento no será condicionado por no autorizar, y yo no estoy obligado a firmar esta autorización. Yo tengo el derecho a revisar o copiar la información a ser usada o liberada. (Una copia de esta autorización me será provista.)

<input type="checkbox"/>	X	X
Fecha	Nombre del cliente en letra de molde	Firma del cliente
<input type="checkbox"/>	X	X
Fecha	Nombre de la parte Responsable/Guardián en letra de molde	Firma de la parte Responsable/Guardián
(Especificar su relación con el Cliente) _____		Telefono: _____
Dirección: _____	Ciudad: _____	Edo.: _____ C.P.: _____
<input type="checkbox"/>	X	X
Fecha	Nombre del Testigo en letra de molde	Firma del Testigo

**** Una fotocopia de ésta Autorización será considerada tan válida como la original. ****