

Autorización para Divulgar Información

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Inicial: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Por la presente autorizo a United Family Center: ☐ Grandview Office
211 Euclid St.
Grandview, WA 98930
509.402.9090
Fax 509.516.0062

☐ Kennewick Office
711 S Auburn St
Kennewick, WA 99336
509.581.0303
Fax 509.516.0062

para: ☐ obtener ☐ divulgar ☐ enviar información a: _____

Relación/instalación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

para el propósito de ☐ Evaluación y tratamiento ☐ Determinar elegibilidad para programa ☐ Continuidad de atención

☐ Otro: _____

Esta solicitud y autorización se aplican a: (marque todas las que correspondan)

☐ Todos los registros de salud mental

☐ Todos los registros/historial de consumo de sustancias

☐ Evaluación(es) de admisión

☐ Evaluación(es) de consumo de sustancias

☐ Notas del terapeuta

☐ Historial médico, evaluación y resumen del alta

☐ Planes de tratamiento

☐ Medicación e información relacionada

☐ Resumen del alta

☐ Historial social y de desarrollo

☐ Todos los registros educativos

☐ Otro: _____

Entiendo que esta información puede estar protegida por el Título 42 (Código de Reglas Federales de Privacidad de Información de Salud Individualmente Identificable, partes 160 y 164) y el Título 45 (Reglas Federales de Confidencialidad de Registros de Pacientes de Abuso de Alcohol y Drogas, capítulo 1, parte 2), además de las leyes aplicables. Además, entiendo que la información divulgada al destinatario puede no estar protegida bajo estas pautas si no es un proveedor de atención médica cubierto por las reglas estatales o federales. Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito, y después de 1 año o el (fecha) _____ este consentimiento caducará automáticamente. Me han informado qué información se proporcionará, su propósito y quién recibirá la información. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. Si usted es el tutor legal o representante designado por la corte para el cliente, adjunte una copia de esta autorización para recibir esta información médica protegida.

Instrucciones de envío: correo electrónico seguro, correo postal, fax y teléfono. Se me ha facilitado una copia de este formulario.

Si el consumidor tiene 12 años de edad o menos o es un adulto con un tutor designado por el tribunal, esta autorización debe estar firmada por el padre o tutor del consumidor.

Nombre de Cliente

Firma

Fecha

Firma de testigo (si cliente no puede firmar)

Fecha

Nombre de padre/tutor

Firma

Fecha

