



AUTORIZACIÓN PARA USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ SS#: _____

Teléfono (casa): (_____) _____ Teléfono (trabajo): (_____) _____

Yo, el paciente abajo firmando o guardián legal, autorizo a revelar información verbal y/o escrita por:

Nombre de la Facilidad/Proveedor Revelando Información

Dirección Postal

A:

Nombre del Hospital/Médico/Tercera Persona (_____) Teléfono (_____) Fax (_____) _____

Dirección Postal

Nombre del Hospital/Médico/Tercera Persona (_____) Teléfono (_____) Fax (_____) _____

Dirección Postal

Información a ser revelada:

- Evaluación Psiquiátrica
- Psicossocial
- Plan de Dar de Alta y Cuidado de Seguimiento
- Récords de Medicamentos
- Estudio Psicossocial
- Notas de Progreso
- H&P/Laboratorios
- Plan de Tratamiento
- Otro (especifique) _____

Revelación de información para el/los siguiente(s) propósito(s): Tratamiento/Consulta Solicitud del Paciente

Facturación/Reclamación Abogado Otro (especifique) _____

- Entiendo que la información revelada pudiera ser (*Ponga sus iniciales para revelación de la siguiente información*): _____ Salud Mental _____ Abuso de Substancias _____ Información de VIH/AIDS.
- Entiendo que esta autorización es voluntaria y que el tratamiento de un proveedor de Meier Clinics® no podrá ser condicionado por la firma de esta autorización.
- Entiendo que podrá haber un cargo, que deberá de ser pagado por adelantado, por copiar y transferir los récords revelados.
- Entiendo que esta autorización podrá ser retirada por mí mediante una nota escrita en cualquier momento. Sin embargo, yo no podré hacer excepciones a acciones que ya se hayan tomado antes de la fecha de cancelación de mi consentimiento.
- Entiendo que la información revelada por esta autorización podrá ser sujeta a re-revelación por el destinatario y no será protegida por más tiempo. Meier Clinics® y sus empleados están liberados de cualquier responsabilidad legal por la revelación de la información arriba indicada hasta el punto indicado y autorizado en este documento.
- Entiendo que la información que será revelada de los récords es confidencial y protegida por las leyes estatales y federales.

Paciente o Representante Legal (descripción/prueba autorizando a actuar por el paciente deberá de ser provista)

Fecha

Testigo y Título/Relación con el Paciente

Fecha

Fecha de Expiración: 180 días después de la fecha en que se firmó este documento