 

Divulgación de Información

(Por favor, marque uno)

\_\_\_\_\_ **Community Reach Center** \_\_\_\_\_ **Mountainland Pediatrics, Inc.**

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_

Origen de atorización: \_\_\_\_\_Externa \_\_\_\_\_Interna (Reach Center or Pediatrics)

Dirección de autorización: \_\_\_\_\_Saliente \_\_\_\_\_Entrantes

*Yo autorizo a (Agencia de fuente de información)*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Para liberar la siguiente información* (información para liberar):

\_\_\_\_\_Evaluación de la ingesta/inicial \_\_\_\_\_Evals/informes psicológicos \_\_\_\_\_ Plan de tratamiento

\_\_\_\_\_Informes de laboratorio \_\_\_\_\_Resumen mensual \_\_\_\_\_Estado de HIV

\_\_\_\_\_Historia social \_\_\_\_\_Notas de progreso \_\_\_\_\_CCAR

\_\_\_\_\_Resumen de descarga \_\_\_\_\_Resumen de progreso \_\_\_\_\_Evaluación medica

\_\_\_\_\_Evaluación psiquiátricas/Notas \_\_\_\_\_Historia/tratamiento de drogas/alcohol

\_\_\_\_\_Información de reclamos/facturación \_\_\_\_\_Otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*La información sera divulgada a (Destino de agencia de información):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Con el propósito de (razones por liberar):*

\_\_\_\_\_Evaluación \_\_\_\_\_Servició de planificación \_\_\_\_\_Coordinación/continuación de atención medica

\_\_\_\_\_Coordinación de beneficios/adquisición \_\_\_\_\_Razónes legales \_\_\_\_\_Determinación de discapacidad

\_\_\_\_\_Remision \_\_\_\_\_Pago de seguros

\_\_\_\_\_ Otros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de caducidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Un año desde la creación, a menos que se indique lo contrario)

Entiendo que Community Reach Center y Mountainland pediatria no pueden condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para

beneficios sobre si firmo este formulario o no. Si la información autorizada para ser liberada pertenece al diagnostico de tratamiento de abuso de

alcohol o drogas, entiendo que la información esta protegida por ley federal 42 C.F.R. parte 2. Tengo entendido que hay posibilidades de que la

información divulgada, divulgada como resultado de esta autorización, a ser re-cerrado por el destinatario y por lo tanto, ya no están protegidos

por el Reglamento de privacidad de HIPAA. Entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento dando aviso escrito al centro

de Community Reach Center o Mountainland Pediatrics, excepto cuando ya se hayan tomado medidas para cumplir con ella. Sin dicha revocación,

esta autorización caducará a un año a partir de la fecha de mi firma salvo que solicite lo contrario al comienzo de esta autorización. Entiendo que

tengo el derecho a negarme a firmar este formulario sujeto a las condiciones señaladas. Si accedo a iniciar sesión, tengo derecho a una copia del

formulario.

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firmada por (imprimir el nombre):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación al cliente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorización para iniciar sesión:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del testigo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presenciado por (nombre de impresión):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_