Triad Health Systems, Inc. Servicios de salud comportamiento

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, _____, _____, _____

(Nombre completo del cliente) **(Seguridad social o número de identificación)** **(Cumpleaños)**

autoriza y concede su consentimiento voluntariamente. Me han informado sobre el tipo específico de información que se solicita/liberado. También entiendo la negativa a firmar esta autorización en ninguna manera afecta mi tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar mis archivos antes de uso o la divulgación. **Entiendo que cualquier divulgación de información lleva consigo la posibilidad de una re-divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo alguna duda sobre la divulgación de cualquier información de salud, puedo contactar con el oficial de privacidad en Triad Health Systems, Inc.**

COMPLETAR DE IZQUIERDA A DERECHA (marque las casillas apropiadas):

☐ **DESDE**

Triad Health Systems, Inc.

☐ **PARA** (Nombre completo y dirección del individuo o agencia)

☐ **PARA**

Triad Health Systems, Inc.

☐ **DESDE** (Nombre completo y dirección del individuo o agencia)

« « « « « « » » » » » »

TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE PUBLICARÁ: (Marque todas las que aplican)**:**

___ Resumen de admisión
___ Evaluación psiquiátrica
__ Evaluación psicológica
___ Estado medico actual
___ Otra (especificar)_____
___ Notas de progreso
___ Planes de tratamiento
___ Pruebas de laboratorio
___ Resumen de alta

SUSTANCIA/VIH/SIDA información a publicarse (marque todos que aplican):

__ Información sobre el tratamiento que puede incluir Infección por Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o pruebas VIH.
___ Evaluaciones de drogas y alcohol
___ Notas de progreso drogas y alcohol
___ Enfermedades de transmisión sexual
___ Otra: _____

Propósito para la liberación:

___ Informe de progreso del cliente
___ Para obtener información colateral en el tratamiento de este cliente.
___ Para verificar la asistencia del cliente
___ Para acompañar a cliente a citas
___ Otra (especificar)_____

CANTIDAD DE INFORMACIÓN QUE SE PUBLICARÁ:

___ Información sobre la admisión de más reciente
___ Información sobre los tres meses anteriores
___ Información de principio a presentar
___ Otras marcos de tiempo (especificar)_____

LIMITACIÓN DE TIEMPO DE LANZAMIENTO: **Esta autorización expira en (Marque sólo un tiempo de abajo que se aplica) de la fecha de firma:**

__30 días __60 días __3 mesas __6 mesas __ 1 año

« « « « « « » » » » » »

PROHIBICION DE REDISCLOSURA:

Esta información ha sido revelada a usted de registros cuya confidencialidad está protegida por ley Federal. Las regulaciones federales prohíben te haciendo cualquier otra divulgación de esta información sin el específico consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por las regulaciones federales. La autorización general para la liberación de información médica u otra información no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información criminal investigar o juzgar a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

« « « « « « » » » » » »

REVOCACION DE LIBERACION:

Esta versión está sujeta a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que el programa que es para hacer la revelación ya ha tomado medidas en dependencia de él. Para la revocación de esta autorización sea válida la revocación debe ser en la escritura, una foto adecuada identificación proporcionada y firmada. ___ *LIBERACIÓN ES SER REVOCADA. Si cliente es revocar este lanzamiento, debe completar una visita de "Revocación de la liberación", se indicará la identificación adecuada y el oficial de cumplimiento deberá ser notificado*.

« « « « « « » » » » » »

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma del padre o Tutor Legal del cliente Fecha

_____ _____
Testigo Fecha

****

INSTRUCCIONES de personal: Toda información en este artículo se deben entrar electrónicamente o escaneadas en el registro del paciente tan pronto como sea posible. Esta versión de información debe tener la firma del testimonio sea válido.