

BEHAVIORAL HEALTH CONSENT FOR RELEASE AND/ OR EXCHANGE OF INFORMATION



NORWALK COMMUNITY HEALTH CENTER

Paciente/Cliente (Apellido, Nombre) Fecha de nacimiento PT ID# Últimos 4 dígitos SS #

Yo, el abajo firmante autorizo a NCHC Revelar Obtener

Agencia/Personas: (Poner un circulo) Relación: _____

Listar: Nombre _____ Teléfono _____ Fax: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que la información que se divulgará / obtendrá puede incluir información médica, psiquiátrica, de abuso de sustancias y / o de tratamiento de VIH / SIDA a menos que se especifique lo contrario.:

Limitación/Restricción _____

Razón para autorización: Evaluación/ Tratamiento Beneficio/Determinación

(Marque las casillas correspondientes)

Colocación/Referencia Caso Administración/ Coordinación

Otros (Específico): _____

Información que se dará a conocer /Obtener: (Marque las casillas correspondientes)

- Evaluación Psiquiátrico Historial médico y físico
Historia Psicosocial / Evaluación Descargo/ Transitorio
Evaluación Psicológica Documentos Médicos
Plan de Tratamientos Otros Específico:
Reportes Diagnóstico (Específico):

BEHAVIORAL HEALTH CONSENT FOR RELEASE AND/ OR EXCHANGE OF INFORMATION

Fechas de tratamiento cubiertas por esta solicitud:

Todos los episodios previos de atención, hasta el alta del episodio actual de atención

Limitado a la(s) siguiente(s) Fecha(s):

Esta autorización, si no se cancela, caducará:

Fecha (no exceder de 12 meses), evento o condición sobre la cual expira esta autorización. Si está en blanco, la autorización expirará 12 meses a partir de la fecha de firma a continuación.

**NORWALK COMMUNITY HEALTH CENTER**

Paciente/Cliente (Apellido, Nombre) Fecha de nacimiento PT ID# Últimos 4 dígitos SS #

Entiendo que no firmar este formulario de autorización no afectará de ninguna manera mi derecho a obtener tratamiento presente y futuro, excepto cuando la divulgación de dichas comunicaciones y registros sea necesaria para el tratamiento. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento firmando la sección "**CANCELACIÓN / REVOCACIÓN**" a continuación, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de ella. Además, entiendo que la confidencialidad de los registros psiquiátricos, de abuso de sustancias y de VIH / SIDA está protegida por las leyes estatales y federales y no se puede divulgar sin mi autorización por escrito a menos que la ley disponga lo contrario. La información divulgada por NCHC de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por la ley federal. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que la información que se divulgará / obtendrá puede incluir información médica, psiquiátrica, de abuso de sustancias y / o de tratamiento del VIH / SIDA, a menos que se especifique lo contrario anteriormente.

Firma del Paciente/Cliente/Representante Autorizado (Legal)*

Fecha

Se proporcionará una copia de esta autorización al Paciente/Cliente/Representante Autorizado según lo solicitado.

CANCELACIÓN/REVOCACIÓN: _____

Firma del Paciente/Cliente/Representante Autorizado (Legal)*

Fecha

BEHAVIORAL HEALTH CONSENT FOR RELEASE AND/ OR EXCHANGE OF INFORMATION

*Si este formulario está firmado por el Representante Autorizado (Legal) del paciente/cliente, se debe adjuntar una copia de la cita legal.

Curador/Tutor Albacea de Sucesiones Otro (*especifique*): _____

NOTA: Se requiere la confidencialidad de los registros psiquiátricos, de abuso de drogas y / o alcohol y VIH y no se transmitirá información de estos registros específicos a nadie más sin el consentimiento o autorización por escrito según lo dispuesto en los Estatutos Generales de Connecticut, Capítulos 899c y 368x y las Regulaciones Federales 42 CFR 2. Estas leyes le prohíben hacer cualquier divulgación adicional sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece. Una autorización general para esta divulgación de información NO es suficiente para este propósito.