

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y/O INTERCAMBIAR INFORMACIÓN

Este formulario, después de que lo complete y firme, autoriza a mi consejero a divulgar y/ o intercambiar información protegida de mi expediente clínico a la persona u organización que yo designe.

Yo _____ (FDN _____) autorizo a mi terapeuta, _____, a obtener y/o intercambiar la siguiente información: verbalmente escrito copia del expediente otro:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ingreso / Evaluación | <input type="checkbox"/> Pruebas psicológicas / Evaluación | <input type="checkbox"/> Historia psicosocial |
| <input type="checkbox"/> Objetivos / estado del tratamiento | <input type="checkbox"/> Recomendaciones | <input type="checkbox"/> Estado Médico / Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

Esta información sólo debe ser divulgada y/ o intercambiada con:

Nombre: _____ Teléfono / Fax: _____
Domicilio: _____
Ciudad/Estado/CP: _____

_____ Autorizo a la persona arriba mencionada a obtener y/ o intercambiar información protegida con mi terapeuta.
(Iniciales)

Estoy solicitando la obtención y/ o el intercambio de esta información por la siguiente razón:

- | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Continuación o Coordinación de Cuidado | <input type="checkbox"/> Personal | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro Médico | <input type="checkbox"/> Legal | |

Esta autorización permanecerá vigente hasta _____ (se requiere una fecha específica).

Tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento mediante el envío de dicha notificación por escrito a SamaraCare. Sin embargo, mi revocación no será efectiva en la medida en que haya tomado medidas dependiendo de esta autorización, o si esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y el asegurador tiene el derecho legal de impugnar una reclamación.

Entiendo que mi consejero generalmente no puede condicionar los servicios de consejería al firmar esta autorización, a menos que, se proporcionen los servicios de consejería con el propósito de crear información de salud para un tercero.

Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar la información de salud mental revelada en cualquier momento.

Entiendo que la ley de Illinois prohíbe que se vuelva a expedir cualquier información revelada al destinatario de conformidad con esta autorización a menos que esta autorización autorice específicamente dicha reexpedición.

Firma del Cliente

Fecha

Padre/Madre/Tutor/ Representante del Cliente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Una copia de este formulario está disponible bajo petición.