



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a mi(s) proveedor(es) y al personal de BOSC Mental Health a divulgar y/o recibir información (información médica, de salud mental y relacionada con la adicción) a/de:

Nombre: _____ Telefono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Información a divulgar (marque una o más):

Cualquier/todos los registros o información relacionados con el tratamiento (historial, evaluaciones, todas las notas, estudios, análisis de laboratorio, diagnósticos, formulaciones, tratamientos, información de pago, correspondencia por correo electrónico y otros [mi registro médico completo]).

Un resumen de las partes relevantes de mi atención (la relevancia la determina mi proveedor)

Otro: _____

Propósito de la divulgación (marque uno o más):

Para coordinar o planificar la atención con otros proveedores (por ejemplo, con mi terapeuta, especialista o proveedor de atención primaria)

Para asegurar ausencia médica o discapacidad (como FMLA o ausencia médica de la escuela)

Transición del cuidado a un nuevo proveedor

Otros (es decir, alojamiento legal, escolar / laboral): _____

Entiendo que las partes arriba mencionadas pueden participar en intercambios periódicos de información (escritos o verbales) para los propósitos descritos anteriormente. Entiendo que tengo derecho a reunirme con mi médico para revisar mi registro médico, de salud mental y de tratamiento de adicciones. Entiendo que los proveedores/personal de BOSC Mental Health no se hacen responsables de las consecuencias negativas, incluida la responsabilidad legal, que puedan surgir como resultado del cumplimiento de esta solicitud. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, pero cualquier acción que se ha tomado en base a ello no se puede cambiar.

Al firmar a continuación, doy fe de que he leído este formulario, comprendo su contenido y solicito que la información anterior se divulgue o intercambie como se especifica..

Nombre: _____ Fecha: _____

Escribir su nombre aquí constituye una firma legal

Padre o tutor: _____ Fecha: _____

Escribir su nombre aquí constituye una firma legal