

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
Wyandot Behavioral Health Network, Inc. / Wyandot Center / PACES / RSI

Registros Médicos, 1301 North 47th Street, Kansas City, KS 66102 P: (913) 328 – 4689 F: (913) 563 - 6596

Nombre del cliente: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____

Otros nombres usados: _____ **Teléfono #:** (_____) _____ - _____

4 últimos dígitos del número de seguro social: _____

Nombre del partido de divulgación de información / Lugar de obtención de información:

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Dirección: _____ **Fax #:** (_____) _____ - _____

Ciudad / Estado / Código Postal _____

Información para revelar (*Escriba sus Iniciales a continuación en todo lo que corresponda):

_____ **Para intercambio de información** _____ **Revelar información** _____ **Obtener Información**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación Mental | <input type="checkbox"/> Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento | <input type="checkbox"/> Progreso en el Tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psicosocial | <input type="checkbox"/> Notas del Progreso desde ____/____ hasta ____/____ |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Registro médico completo |
| <input type="checkbox"/> Revisión del Diagnostico | <input type="checkbox"/> Expediente educativo |
| <input type="checkbox"/> Comunicación Verbal y / o escrita: | <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Clínicos <input type="checkbox"/> Financieros | <input type="checkbox"/> Fechas específicas de la liberación de información:
____/____ hasta ____/____ |

***Al firmar este documento, usted reconoce que la información sensible en cuanto al tratamiento de abuso de alcohol / drogas / referencias, las enfermedades de transmisión sexual; información sobre la salud mental y / o tratamiento relacionados con el VIH / SIDA o el estado podrían ser incluidos en su expediente y puede ser revelada como resultado de su ejecución de esta autorización. El propósito o necesidad de esta divulgación (Su inicial a todo lo que corresponda)**

Evaluación Logística de Cuidado Procedimientos legales Asignación escolar
 Otro _____

Fecha de caducidad: ____/____/____

Esta autorización (a menos que expresamente se revoque) permanecerá en vigor hasta la fecha de caducidad o evento designado (no más de un año desde la fecha de la firma). Tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que Wyandot Behavioral Health Network ya ha tomado medidas en la dependencia de ella. Sólo la información especificada puede ser liberada a la persona / agencia especificado. Información usada o divulgada bajo la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no protegida por la Ley de Privacidad de 1974 (5 USC 552a) Seguro de Salud Ley de Portabilidad Regla de Privacidad (45 CFR Parte 164). Wyandot Behavioral Health Network no puede garantizar que el destinatario mantendrá la confidencialidad de esta información que ha autorizado para ser divulgada.

Nombre del cliente _____

Nombre del padre / Guardián / Representante _____

Firma del cliente _____ / ____/____
Fecha

Firma del padre / Guardián/ Representante _____ / ____/____
Fecha

Firma del testigo _____ / ____/____
Fecha

Relación: _____

Registros solicitados por el personal _____

AVISO AL DESTINATARIO: PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN

Esta información ha sido divulgada de registros médicos cuya confidencialidad está protegida por la ley federal. Leyes y regulaciones federales no protegen la información sobre la sospecha de abuso infantil o negligencia de ser reportada bajo la ley estatal a las autoridades estatales o locales. (Véa 42 USC 290dd-3 y 42 USC 290ee-3 y el Título 42 del Código de Regulaciones Federales). Las regulaciones federales (42 CFR Parte 2) le prohíben hacer cualquier otra revelación de estos registros sin el consentimiento por escrito específico de la persona a quien pertenece, o según lo permitido por dichas normas. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra calidad NO es suficiente para este propósito. 42 CFR Parte 2 restringe el uso de la información de abuso de sustancias a investigación criminal o procesar a cualquier paciente alcohol o abuso de drogas.

Para uso interno

06/2018

____ Correo ROI ____ De archivos ____ Enviar los registros

RECORDS SENT: _____

CHART # _____ DATE SENT ____/____/____ TIME: ____:____A/P BY _____