

Nombre: _____
 Fecha Nacim: _____
 #Archivo: _____
 #Seguro/MID: _____
 #Seguro/MID: _____

Usar solo para referencia. Escribir sus respuestas en los documentos inglés.

AUTORIZACION PARA DIVULGAR/INTERCAMBIAR INFORMACION

Por medio de la presente autorizo a Crossroads Counseling Center para intercambiar y/o divulgar información a los siguientes:

Nombre: _____

Persona de Contacto: _____

Dirección: _____

Núm. de Teléfono: _____

Núm. de Fax: _____

Esta información deberá incluir: **(marque todas las que apliquen)**

- Cualquier información del cliente, incluyendo el cumplimiento del tratamiento, el plan del tratamiento, notas de progreso, evaluaciones y los resultados de las pruebas psicológicas
- Recomendaciones y cumplimiento del tratamiento
- Resultados de pruebas psicológicas
- Sólo la verificación de citas
- Otro(a) _____

El Proveedor de Cuidado (Care Giver) designado y/o el Padre de Acogida (Foster Parent) pueden firmar el plan de tratamiento, participar en la toma de decisiones del plan de tratamiento y el tratamiento continuo.
 (Ponga sus iniciales) _____

Entiendo que esta información será utilizada para:

- La coordinación del tratamiento y la planeación del tratamiento
- Otro: _____

Esta autorización será válida por un (1) año a partir de la fecha en que se firme.

Otro (especifique la fecha si esta autorización va a expirar en menos de un año): _____

Divulgación posterior: Una vez divulgada la información de conformidad con esta autorización firmada, entiendo que la ley federal de privacidad de la salud (45 CFR Parte 14) que protege la información médica puede no aplicarse al destinatario de la información y, por lo tanto, no puede prohibir que el destinatario la vuelva a divulgar. Sin embargo, otras leyes podrían prohibir su divulgación. Cuando esta agencia divulga información de salud mental protegida por la ley estatal (NCGS 122C) o información sobre tratamiento por abuso de sustancias protegida por la ley estatal (42 CFR Parte 2), debemos informar al destinatario que la divulgación está prohibida excepto según lo permitan o requieran estas dos leyes. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad describe las circunstancias en las que estas leyes permiten o exigen la divulgación.

Revocación y Vencimiento: Entiendo que, con ciertas excepciones, tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. En caso de revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito. El procedimiento sobre cómo puedo revocar esta autorización, así como las excepciones a mi derecho de revocar, se explican en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Crossroads (the Crossroads' Notice of Privacy Practices), del cual se me ha proporcionado una copia.

Divulgación de Información sobre el VIH/SIDA y el Abuso de Sustancias: Marque aquí si no aplica

Entiendo que existen protecciones especiales de la información sobre el VIH/SIDA según GS 130A-143 y protecciones de la información sobre el abuso de sustancias según los requisitos de confidencialidad y divulgación de 42 CFR Parte 2. Al poner mis iniciales al lado de la línea, doy mi consentimiento para divulgar información que incluye: _____ VIH/SIDA _____ Abuso de Sustancias.

Aviso de Autorización Voluntaria: Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario de autorización. Si elijo no firmar este formulario, entiendo que Crossroads no puede rechazarme o negarse a brindarme tratamiento, pago o elegibilidad para recibir servicios por mi negativa a firmar, a menos que la provisión de atención médica sea únicamente con el propósito de crear información médica protegida para su divulgación a un tercero mediante la provisión de una autorización para la divulgación de la información protegida a dicho tercero.

Firma: _____

Fecha: _____

Circule una: Cliente Padre Tutor legal