

Center for Family Services
Autorización para Transmitir Información de Salud Protegida

Yo, _____, por medio de este acuerdo, autorizo transmitir y
(Nombre del cliente, pariente o guardián)
revelar información entre los proveedores de servicios identificados abajo para los propósitos indicados en este formulario.

Center for Family Services **4101 Parker Avenue, West Palm Beach, FL 33405, 561 616 1222**
(Dirección)

Y _____
(Nombre/título/agencia/empleador/dept. de recursos humanos/dirección/teléfono)

RE: NOMBRE DEL CLIENTE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

INFORMACIÓN ESPECÍFICA PARA COMUNICAR:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Historia de Salud/Datos personales | <input type="checkbox"/> Resumen describiendo el tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psicosocial y Biografía | <input type="checkbox"/> Resumen de contactos |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Recomendaciones para el tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento/Plan de Acción | <input type="checkbox"/> Resumen del progreso |
| <input type="checkbox"/> Historia de uso de químicos/Evaluación | <input type="checkbox"/> Resumen del plan para dar de alta |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Clínica | <input type="checkbox"/> Pronóstico |
| <input type="checkbox"/> Otra información: _____ | |

PROPÓSITO Y NECESIDAD DE REVELAR LA INFORMACIÓN:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adecuado según el tratamiento | <input type="checkbox"/> Planificación para dar de alta |
| <input type="checkbox"/> Referido de servicio | <input type="checkbox"/> Reembolso de servicios |
| <input type="checkbox"/> Coordinación del tratamiento | <input type="checkbox"/> Participación de familiares |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones futuras | <input type="checkbox"/> Otra necesidad: _____ |

REVELACIÓN RELACIONADA AL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE EMPLEADOS (EAP):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Razón del referido | <input type="checkbox"/> Verificación del progreso |
| <input type="checkbox"/> Confirmación de asistencia | <input type="checkbox"/> Fecha de terminación |
| <input type="checkbox"/> Otra necesidad: _____ | |

Entiendo que tengo el derecho de negar esta autorización y que la agencia nombrada en este documento será excluida de toda responsabilidad que pueda surgir por la revelación de la información solicitada. Entiendo que estas revelaciones de información están obligadas por el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (abuso de químicos/clientes adictos), y por las siguientes leyes del Estado de Florida: 294.459 (9b) y/o 90.503 (información psiquiátrica/psicológica); y que volver a divulgar esta información sin autorización adicional por escrito está prohibido. Comprendo que hay probabilidad de que la información revelada a través de esta autorización sea revelada nuevamente por el recipiente y ya no sea protegida por el código federal. 45 CFR164.508(c)(2)(iii) También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en el caso de que alguna acción haya sido tomada basada en este acuerdo. Este formulario de consentimiento se vencerá automáticamente (90) noventa días después de que se haya firmado o en la siguiente fecha, evento o condición que ocurriría antes de dicho día de vencimiento: _____.

Certifico que he leído la declaración e información de arriba y entiendo el contenido, dando mi consentimiento.

FIRMA DEL CLIENTE

FIRMA DEL GUARDIAN/PARIENTE

FIRMA DEL TESTIGO

RELACIÓN CON EL CLIENTE

FECHA: ____/____/____

FECHA: ____/____/____