



PsychHealth, Ltd.

Autorización Para Revelar E Obtener Información

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: __/__/__ ID# _____

Dirección de Paciente: _____

Yo autorizo las siguientes organizaciones y/o especialistas para revelar, obtener e intercambiar información:

- PsychHealth, Ltd
- Médico de Cuidado Primario
- _____
- Tratamiento de otros Especialistas Psiquiátricos
- Otros Especialistas

Información Médico de Cuidado Primario

Nombre de Medico: _____	Dirección: _____
Teléfono #: _____	_____
Fax: #: _____	_____

Autorización Especial es necesario para compartir Información sobre Salud Mental/ Tratamiento de Abuso de Alcohol y Drogas /VIH/SIDA como es mandado por los gobiernos Estatales y Federales..

Favor de escribir sus iniciales para revelar e intercambiar la siguiente información:

____ Evaluación & Tratamiento Psiquiátrica ____ Datos sobre VIH/SIDA
 ____ Evaluación & Tratamiento de Abuso de Alcohol/Drogas

Para propósitos de: Coordinación de Cuidado

Información Clínica:

Diagnosis Psiquiátrica: _____

Diagnóstico: _____

Medicamentos: _____

Esta autorización es válida por un (1) año desde la fecha firmada, o se expira en la siguiente fecha:

_____ Fecha

Entiendo mi derecho de inspeccionar y copiar la información escrita que será revelada. También entiendo que en cualquier momento puedo revocar este consentimiento, pero, la revocación tiene que ser hecho por escrito. Comprendo que ninguna revocación de este consentimiento debe ser efectiva para prevenir revelar expedientes y comunicaciones, a menos que sea recibida por la persona que está autorizada a revelar los expedientes y comunicaciones. Entiendo que tengo el derecho de no firmar e entonces esta autorización no será válida.

Paciente se Niega:

Firma de Paciente:

____/____/_____
Fecha de Firma

Firma de Testigo/Título

____/____/_____
Fecha de Firma

Firma del padre/madre/guardian:

____/____/_____
Fecha de Firma