

BETHEL OLENTANGY PSYCHOLOGICAL SERVICES

FORMULARIO GENERAL DE AUTORIZACIÓN

Los campos marcados con un asterisco (*) son obligatorios. La falta de información adicional de identificación en la Primera Sección puede resultar en la imposibilidad de responder a esta solicitud.

Los registros divulgados conforme a esta autorización pueden incluir información relacionada con pruebas, diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA, tratamiento psiquiátrico y/o de drogas/alcohol, y/o agresión sexual.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE ENTIDADES CUBIERTAS

PRIMERA SECCIÓN									
Por la presente autorizo la divulgación y/o intercambio de información de salud respecto al individuo nombrado a continuación.									
*Por favor seleccione la(s) opción (es) apropiada (s): Divulgar Información: x Intercambiar Información: x									
*NOMBRES COMPLETOS				*APELLIDO			*FECHA DE NACIMIENTO		
DIRECCIÓN				CIUDAD		ESTADO		Código Postal	
SEGUNDA SECCIÓN									
Complete la información a continuación para la entidad que divulga y destinatario de la información, como proveedor, plan de salud/aseguradora, etc.									
*ENTIDAD QUE DIVULGA					TEL		FAX		
(Proporcione el nombre de la oficina, si corresponde, y el nombre la persona que divulga)									
DIRECCIÓN	4949 Olentangy River Rd.			Cuidad	Columbus		ESTADO	OH	Código Postal 43214
*ENTIDAD RECEPTORA					TEL		FAX		
(Proporcione el nombre de la oficina, si corresponde, y el nombre de la persona que recibe)									
DIRECCIÓN				Ciudad		Estado		Código Postal	
TERCERA SECCIÓN									
*Motivo de la Divulgación (ej.: asuntos financieros, programación, tratamiento: Programación, Finanzas, Toda la información Relevante de Tratamiento)									
*Información de Salud que a Divulgar: Toda Información Relevante de Tratamiento									
Si corresponde, indique las limitaciones de la fecha de tratamiento de la información a continuación: Solo divulgar información del período: Fecha: _____ hasta Fecha: _____									
CUARTA SECCIÓN									
Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada o hasta la fecha o evento especificado a continuación. Entiendo que puedo revocar o cancelar esta autorización en cualquier momento presentando una revocación por escrito en la forma especificada por la entidad que divulga, excepto en la medida en que se haya actuado en base a esta autorización. Si no se ha revocado, esta autorización expirará en la fecha o al completarse el evento indicado a continuación. <u>Si no se especifica ninguna fecha o evento, esta autorización expirará en un año.</u>									
Si corresponde, Fecha de Expiración o Evento: _____									
- Entiendo que no se me puede negar tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud o elegibilidad para beneficios por negarme a autorizar la divulgación, salvo que dicha negación esté permitida por las leyes estatales y federales. - Entiendo que la información divulgada bajo esta autorización, salvo lo prohibido por 42CFR Parte 2 u otra ley aplicable, puede estar sujeta a nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) [45 CFR Parte 164].									
*FIRMA DEL INDIVIDUO							*FECHA		
*FIRMA DEL REPRESENTANTE PERSONAL (si corresponde)							*FECHA		
RELACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL CON EL INDIVIDUO (El representante personal debe presentar prueba de autoridad ante la entidad que divulga)									
Padre/Madre:		Tutor Legal:		Poder Notarial de Atención Médica:		Albacea/Administrador:		Otro: N/A:	

Solo para uso administrativo

Método de Entrega:

Fecha de Entrega: