

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Información del paciente	Nombre completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Dirección completa: _____ # Teléfono: _____
	<p>Por la presente autorizo a <i>Tennyson Center for Children</i> a recibir y divulgar información médica personal:</p> <p>_____</p> <p><i>Nombre/Título de la organización</i></p> <p>_____</p> <p><i>Dirección completa</i></p> <p>_____</p> <p><i>Número de teléfono y correo electrónico de contacto</i></p>
Propósito y PHI revelados	<input type="checkbox"/> Continuidad de la atención <input type="checkbox"/> Seguro/legal <input type="checkbox"/> A petición del padre/tutor <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Para las fechas de tratamiento: _____ <input type="checkbox"/> Todas las fichas médicas y los resultados de pruebas, incluyendo historial médico y de vacunas <input type="checkbox"/> Evaluaciones educativas/IEP <input type="checkbox"/> Personal/notas de avance <input type="checkbox"/> Informes psicológicos <input type="checkbox"/> Información sobre tratamientos <input type="checkbox"/> Registro de terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Otros: _____
Autorización	<p>_____ Al poner mis iniciales en esta área, autorizo la divulgación de los registros de salud del cliente mencionado anteriormente que pueden incluir información que indique la presencia de enfermedades transmisibles o venéreas que pueden incluir, pero no se limitan a, enfermedades infecciosas y SIDA/VIH.</p> <p>_____ Al poner mis iniciales en esta área, autorizo la divulgación de los registros de salud del cliente mencionado anteriormente que incluye información sobre servicios y/o tratamientos de salud mental y/o conductual.</p> <ul style="list-style-type: none"> Esta solicitud se realiza de forma voluntaria y la información proporcionada es precisa a mi leal saber y entender. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas antes de recibir la revocación. Entiendo que la información divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por la ley de privacidad de HIPAA. Sin mi revocación expresa, este consentimiento vencerá automáticamente 180 días a partir de la fecha firmada a continuación, a menos que solicite una fecha de vencimiento menor a 180 días.
Firma	<p>Se requiere de mi firma para validar esta autorización. Si firmo este formulario, no se verán afectados ni el cliente mencionado anteriormente, ni su pago por los servicios de atención médica ni su capacidad para inscribirse en los beneficios.</p> <p>_____</p> <p><i>Firma del representante autorizado del cliente</i> <i>Fecha</i> <i>Relación con el cliente</i></p> <p>_____</p> <p><i>Firma del representante autorizado del cliente</i> <i>Fecha</i> <i>Relación con el cliente</i></p>