



AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN E INTERCAMBIO DE
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL CON EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

I, _____ por la presente autorizo rechazo que Pathways divulgue, obtenga
(Nombre del consumidor – Por favor, escriba en letra de imprenta)

de, e intercambiar la siguiente información con mi proveedor de atención primaria: _____

(Nombre del proveedor de atención primaria que recibe y/o intercambia Información) Número de teléfono: () ____ - ____

DIRECCIÓN _____

Ciudad _____ Fecha _____ Estado _____ Cremallera _____

de nacimiento del consumidor ____ / ____ / ____ Número de Seguro Social del consumidor: ____ - ____ - ____

TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ E INTERCAMBIARÁ

(puede incluir registros de trastornos por uso de sustancias, si corresponde) Marque Sí o No y escriba sus iniciales

Sí	No	Información	Inicial Aquí	Sí	No	Información	Inicial Aquí
		Cualquier información				Medicamentos psiquiátricos	
		Diagnóstico de salud mental				Evaluación psicológica	
		Diagnóstico de abuso de sustancias				Resumen del alta	
		Informes de laboratorio				Impresión diagnóstica	
		Resumen biopsicosocial				Resumen del progreso hacia las metas	
		Diagnóstico de salud física				Medicamentos para la salud física	
		Plan de tratamiento				Otro (especificar):	

DIVULGACIONES QUE REQUIEREN CONSENTIMIENTO ESPECIAL:

Mi firma a continuación autoriza específicamente la divulgación de información médica relacionada con las pruebas, el diagnóstico o el tratamiento del virus del VIH/SIDA.

El propósito o la necesidad del intercambio y divulgación de esta información es facilitar la continuidad de la atención de la salud conductual y de la salud física.

Limitación temporal de la divulgación: Este consentimiento puede revocarse en cualquier momento, siempre que la información no se haya divulgado previamente. Consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener instrucciones sobre cómo revocar esta autorización.

Esta autorización vence el ____/____/____ (sin exceder un año) o Prohibición de evento _____.

sobre la divulgación: Esta información ha sido revelada a usted de registros protegidos por las normas de confidencialidad federales (42 CFR Parte 2 y 45 CFR Partes 160 y 164) y/o la ley del estado de KY. Las normas federales y/o la ley del estado de KY le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita de otro modo 42 CFR Parte 2 y/o la ley del estado de KY. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar penalmente o procesar a cualquier cliente de abuso de alcohol o drogas.

Firma del consumidor

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Firma del consumidor/residente/
Agente o representante del paciente

Fecha

Firma del testigo

Fecha

(Se necesita un segundo testigo si el consumidor y el tutor no firman al mismo tiempo).

COMPLETE A CONTINUACIÓN SOLO SI EL CONSUMIDOR DESEA REVOCAR LA AUTORIZACIÓN ANTERIOR

Yo, _____ deseo revocar esta autorización.

Fecha

Firma del consumidor, tutor o representante autorizado

Fecha

Pathways, Inc. Testigo