

AUTHORIZATION TO RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION TO CLIENT/GUARDIAN

CLIENT'S NAME:

Autorizo a Psychamerica / Big Bear usar y/o divulgar cierta información de salud protegida (PHI) sobre

NOMBRE _____ FDN ____ / ____ / ____ con las agencias/personas **siguientes:**

A

(NOMBRE DEL CLIENTE O PADRES)

Fax (_____) _____ - _____

EMAIL _____

Domicilio _____

Suite # _____ Ciudad _____

SEstado _____ Zip Code _____

Autorizo a dar:

- Evaluaciones
- Registros de Salud Mental
- Registros de Abuso de Sustancias
- Medicamentos y Dosis
- Resumen de Notas
- Otros:

Por el Proposito de:

- A petición de la persona
- Evaluación
- Tratamiento/Coordinación
- Determinación de Discapacidad
- Otro:

Esta autorización expira:

1 año desde la fecha de la firma o en _____

Metodo de entrega:

Fax (GRATIS) Correo (\$1/PAGINA) E-mail (GRATIS)

COPIA DE LA LICENCIA DE CONDUCIR DEL PADRE OR PERSONA ENCARGADA:

INSERT ID HERE AND COPY
OR ATTACH COPY OF ID TO THIS PAGE

Please submit the form to us:

Fax – 407-540-9552

**E-mail –
Records
@BigBearCounseling.org**

**O POR CORREO:
BIG BEAR BEHAVIORAL
HEALTH INC
1009 MAITLAND CTR
COMMONS BLVD #212
MAITLAND FL 32751**

Entiendo que sólo la información especificada anteriormente puede ser divulgada por la organización antes especificado. Esta información ha sido divulgada de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad. Las reglas federales le prohíben hacer cualquier otra revelación de esta información a menos que más divulgación esté expresamente permitida por la Parte 2. Una autorización general 42 CFR para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente cualquier abuso de alcohol o de drogas del paciente [52 FR 21809, de 1987; 52 FR 41997, 02 de noviembre 1987] - Este consentimiento o autorización para la divulgación de la información se hará efectiva el día de su firma y expirará un año desde la fecha de la firma abajo o cuando los servicios se celebran si antes de un año. También entiendo que puedo revocar este consentimiento o autorización en cualquier momento, siempre que yo notifique al programa por escrito a este efecto. La revocación no tiene ningún efecto sobre las medidas adoptadas con anterioridad. Una copia o una copia electrónica de este documento será tan válida como el original. Entiendo que si elijo tener los registros enviados por correo electrónico a mí, yo entiendo que la agencia no puede garantizar que el deleviery está asegurado y se cifra en todos los extremos.

Cliente (or Legal Guardian if under 18)

_____|_____|_____
Fecha

Witness

_____|_____|_____
Fecha

P
S
Y
C
H
A
M
E
R
I
C
A

B
E
H
A
V
I
O
R
A
L

S
E
R
V
I
C
E
S

L
L
C