


Name of Client / Nombre del Cliente *

Your Email / Su Email *

General Information


What's Your Location?Cuál es tu ubicación? *

- Escambia, Santa Rosa, Okaloosa, Leon, Bay, Gulf, Liberty, Wakulla
- Somewhere Else in the State of Florida


What do you want to do? Que quiere hacer? *

- I am a NEW client, and I need to sign the INTAKE CONSENTS (you only need to do this once) / Soy un cliente NUEVO y necesito firmar los CONSENTIMIENTOS DE ADMISIÓN (solo necesitas hacerlo una vez).
- INITIAL - I am a new client, and I want to sign my THERAPY or TCM Treatment/Service Plan page / INICIAL: Soy un cliente nuevo y quiero firmar mi página de TERAPIA o Plan de tratamiento/servicio de TCM
- REVIEW - I am an Established client, and I want to sign my THERAPY Treatment Plan Review / REVISIÓN - Soy un cliente establecido y quiero firmar mi Revisión del Plan de Tratamiento de TERAPIA
- TCM REVIEW - I am an Established client, and I want to sign a CASE MANAGEMENT Service Plan Review / REVISIÓN DE TCM: soy un cliente establecido y quiero firmar una revisión del plan de servicio de GESTIÓN DE CASOS
- I want to sign a Release of Information form to share information with a doctor, agency, records, etc / Quiero firmar un formulario de Divulgación de información para compartir información con un médico, agencia, registros, etc.
- I want to sign a Release of Information form for my child to be seen at SCHOOL. / Quiero firmar un formulario de Divulgación de Información para que mi hijo sea visto en la ESCUELA.


Today's Date / Fecha *



Please select the staff member that contacted you to do your intake assessment. If you are not sure, please double check your voicemail or calls before you make your selection below: **Seleccione el miembro del personal que se comunicó con usted para realizar su evaluación de admisión.** Si no está seguro, verifique nuevamente su correo de voz o sus llamadas antes de realizar su selección a continuación:



Client Name / Nombre



Sex *

M F

Birthdate / Fecha Nacimiento *



Cell *

Can we Text You? Podemos mandar textos? *

Yes No



Whose Phone # is this? De quien es el telefono? *



Is this for a Child? Esto es para un nino? *

Yes No



Your Email *



Whose Email Address is this? / De quien es este email? *



Address / Direccion *

Yes No

Financial Agreement / Acuerdo Financiero

DISCHARGE/AFTERCARE PLAN – If you ever unexpectedly lose funding, I elect the following: PLAN DE ALTA/ CUIDADO POSTERIOR: si alguna vez pierde fondos inesperadamente, elijo lo siguiente: *

- (Default) Place services on hold while I contact my insurance company to have funding reinstated - You must coordinate this with your assigned therapist or case manager. / Pagar los servicios por mi cuenta, con las tarifas de autopago que figuran en nuestro sitio web. Si necesita una escala móvil, comuníquese con nosotros.
- Pay for services on my own, with the self-pay rates listed on our website. If a sliding scale is needed, please contact billing@lukascounseling.org / Tener mi caso CERRADO y recibir referencias para recursos comunitarios alternativos.
- Have my case CLOSED and receive referrals for alternative community resources / Poner los servicios en espera mientras me comunico con mi compañía de seguros para restablecer los fondos. Debe coordinar esto con su terapeuta asignado o administrador de casos.

FINANCIAL AGREEMENT / ACUERDO FINANCIERO:

I agree that I must disclose to my therapist or case manager if my coverage lapsed or changed, in order to avoid possible self-pay charges if your insurance is lapsed or inactive.

I authorize my insurance benefits be paid directly to the agency, under any of our two LLC contracted-names.

If any, I understand that I am financially responsible for, and agree to pay, any balance or **co-payments, or deductibles** on my account.

I authorize to release any records or claim information to my insurance company or their associated third-party affiliates, in order to process my claims, conduct audits, or perform quality assurance tasks that they require.

Even though your case may be opened with our companies (Lukas Counseling Services and The Lukas Company), only one claim will be accepted as paid by us. Should the insurance company pay us twice by mistake, our policy is to return such payments in a timely manner.

IF YOU HAVE MEDICAID COVERAGE AS YOUR PRIMARY COVERAGE - There is nothing else to do. We will invoice your plan (e.g. Sunshine, Humana, Simply, United, etc) for payment.

IF YOU HAVE MEDICAID COVERAGE AS YOUR SECONDARY COVERAGE (e.g. AND YOU HAVE A COMMERCIAL PLAN AS YOUR PRIMARY SUCH AS FLORIDA BLUE, CIGNA, MEDICARE, ETC) - Then there is a specific plan of action to follow, to avoid being invoiced for services:

1. If Medicaid shows that you have a commercial plan BUT YOU DO NOT, it is crucial you contact Medicaid and have that plan removed from your benefits.
2. We will send the claims to your PRIMARY INSURER (not Medicaid - since Medicaid will deny them).
3. **You are responsible for providing our office**, or your therapist, with a copy of your EOB from the insurance company (called Explanation of Benefits), from the primary commercial plan, showing that the claims were denied. Only AFTER we obtain this EOB from you, we can bill the claim to your Medicaid plan & have Medicaid pay for the services.
4. **PLEASE UNDERSTAND THAT IF YOU DO NOT PROVIDE US WITH THE EOB, WE CANNOT BILL THE CLAIM TO YOUR SECONDARY/MEDICAID PLAN, AND YOU WILL BE RECEIVING AN INVOICE IN THE MAIL AS A SELF-PAY CLIENT, FOR THE SERVICES PROVIDED.**

ACUERDO FINANCIERO: Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a la agencia, bajo cualquiera de nuestros dos nombres contratados de LLC. Entiendo que soy financieramente responsable y acepto pagar cualquier saldo, copagos o deducibles de mi cuenta. Autorizo a divulgar cualquier registro o información de reclamo a mi compañía de seguros o sus afiliados externos asociados, para procesar mis reclamos, realizar auditorías o realizar tareas de control de calidad. Aunque su caso pueda abrirse con nuestras empresas (Lukas Counseling Services y The Lukas Company), solo aceptaremos un reclamo como pagado por nosotros. Si la compañía de seguros nos paga dos veces por error, nuestra política es devolver dichos pagos de manera oportuna.

- Si Medicaid demuestra que tiene un plan comercial PERO NO lo tiene, es fundamental que se comunique con Medicaid y elimine ese plan de sus beneficios.
- Enviaremos los reclamos a su ASEGURADOR PRIMARIO (no a Medicaid, ya que Medicaid los negará).
- Usted es responsable de proporcionar a nuestra oficina, o a su terapeuta, una copia de su EOB de la compañía de seguros (llamada Explicación de Beneficios), del plan comercial primario, que demuestre que los reclamos fueron rechazados. Sólo DESPUÉS de que obtengamos esta EOB de usted, podremos facturar el reclamo a su plan de Medicaid y hacer que Medicaid pague los servicios.
- POR FAVOR, COMPRENDA QUE SI NO NOS PROPORCIONA LA EOB, NO PODEMOS FACTURAR EL RECLAMO A SU PLAN SECUNDARIO/MEDICAID, Y USTED RECIBIRÁ UNA FACTURA POR CORREO COMO CLIENTE DE PAGO POR SU CUENTA, POR LOS SERVICIOS PRESTADOS.



Signature / Firma *

Date / Fecha

[draw](#)

Client Name / Nombre

CONSENT / CONSENTIMIENTO

English:

I certify that I have legal authority to consent to treatment, medication, release of information, and other legal matters involving the client named above. If guardianship changes, I will promptly notify the agency with the new guardian's name, address, and phone number. I consent for the above-named client to receive mental health assessment and treatment through this agency. I understand I may revoke this consent at any time, but not for actions already taken. The client's case will be opened or renewed under Lukas Counseling Services LLC and The Lukas Company LLC. Only one insurance payment will be accepted per claim; any duplicate payments will be returned. Documentation is kept separately for billing and quality assurance. This consent replaces all prior versions and is now the official version. I authorize release of records or claim information to my insurance company or its affiliates for claim processing, audits, or quality review.

Español:

Certifico que tengo autoridad legal para dar consentimiento al tratamiento, medicación, divulgación de información y otros asuntos legales relacionados con el cliente mencionado. Si cambia la tutela, notificaré de inmediato a la agencia con el nombre, dirección y teléfono del nuevo tutor. Doy mi consentimiento para que el cliente participe en evaluación y tratamiento de salud mental a través de esta agencia. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, pero no para acciones ya realizadas. El caso se abrirá o renovará bajo Lukas Counseling Services LLC y The Lukas Company LLC. Solo se aceptará un pago de seguro por reclamo; los pagos duplicados se devolverán. La documentación se conserva por separado para facturación y control de calidad. Este consentimiento reemplaza todas las versiones anteriores y se considera la actual. Autorizo divulgar registros o información de reclamos a mi compañía de seguros o afiliados

**Choice:**

- Home/Hogar School/Escuela Other/Otro Telehealth

School-Based Therapy / Terapia en la Escuela:

- I am OK with my child being seen at school, as long as the therapist obeys by all rules and regulations of the school. / Estoy de acuerdo con que mi hijo sea atendido en la escuela, siempre y cuando el terapeuta obedezca todas las reglas y regulaciones de la escuela

TELEHEALTH & EMAIL CONSENT / CONSENTIMIENTO DE TELE SALUD Y CORREO ELECTRÓNICO**English:**

If checked above, I agree to receive telemental health services via live video sessions under the conditions described here. I understand the potential risks (connection failure, unclear transmission, or need for in-person visits) and benefits (reduced travel, access to care from home, and availability of services not offered locally). I consent to email and text communication for treatment, scheduling, and billing, understanding that email may not be fully secure or HIPAA-compliant. I may revoke this consent at any time in writing. My therapist will use HIPAA-compliant platforms when possible and secure storage for all treatment information. Some video or phone systems may not fully meet HIPAA standards. I am responsible for privacy in my location and understand recording sessions is prohibited. I consent to a screenshot for session verification only, stored in the progress note. I may request in-person sessions at any time. If I pose a danger to myself or others, my therapist may contact emergency services. Information may be shared by email among agency staff for treatment purposes only.

Español:

Si marca la casilla arriba, acepto recibir servicios de salud telemental mediante videollamadas en vivo bajo las condiciones aquí descritas. Entiendo los posibles riesgos (fallas de conexión, transmisión poco clara o necesidad de atención presencial) y beneficios (reducción de viajes, acceso desde casa y disponibilidad de servicios no locales). Autorizo la comunicación por correo electrónico y textos para tratamiento, programación y facturación, entendiendo que el correo electrónico puede no ser completamente seguro ni cumplir con HIPAA. Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito. Mi terapeuta usará plataformas compatibles con HIPAA cuando sea posible y almacenamiento seguro para toda la información del tratamiento. Algunas plataformas de video o teléfono pueden no cumplir totalmente con HIPAA. Soy responsable de mantener la privacidad en mi ubicación y entiendo que grabar sesiones está prohibido. Doy mi consentimiento para una captura de pantalla solo para verificar la sesión, que se guardará en la nota de progreso. Puedo solicitar sesiones presenciales en cualquier momento. Si represento peligro para mí o para otros, mi terapeuta podrá contactar servicios de emergencia. La información podrá compartirse por correo electrónico entre el personal de la agencia solo con fines de tratamiento.

ATTENDANCE / ASISTENCIA**English:**

If you enroll in therapy, regular weekly attendance is expected unless your condition does not require that level of care. I agree to notify my assigned clinician at least 24 hours in advance if I cannot attend my scheduled appointment (by voicemail, text, or email). I understand my case may be closed if I have three or more no-shows or cancellations within two months.

Español:

Si se inscribe en terapia, se espera asistencia semanal regular a menos que su condición no requiera ese nivel de atención. Acepto notificar a mi terapeuta asignado con al menos 24 horas de anticipación si no puedo asistir a mi cita (por mensaje de voz, texto o correo electrónico). Entiendo que mi caso puede cerrarse si tengo tres o más ausencias o cancelaciones dentro de un período de dos meses.

EMERGENCIAS / EMERGENCIAS**English:**



no es un centro que opere las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Después de contactar al 911 u otros servicios de emergencia, notificaré a mi terapeuta sobre la situación. Entiendo que los números de emergencia y recursos comunitarios están disponibles en el sitio web de la agencia y en el manual del cliente.

Client Flyer/Handbook– I have been provided a copy of the agency **client flyer/handbook**, and each section has been explained to me to my satisfaction; and that I have been (and are able to in the future), download a copy of such flyer in our website. If you haven't already, please get a copy of it here <https://lukascounseling.org/resources>

Folleto/Manual del Cliente: Me han proporcionado una copia del folleto/manual del cliente de la agencia y me han explicado cada sección a mi entera satisfacción; y que he podido (y podré hacerlo en el futuro) descargar una copia de dicho folleto en nuestro sitio web.

By Signing below, I acknowledge: that the information on this page has been explained to me. I understand that I may revoke consent for the above at any time, however.

Al firmar a continuación, reconozco: que me han explicado la información de esta página. Entiendo que puedo revocar el consentimiento para lo anterior en cualquier momento, sin embargo.

THIS CONSENT EXPIRES 2 YEARS FROM THE DATE SIGNED. ESTE CONSENTIMIENTO EXPIRA 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE SU FIRMA.

A copy of this form shall be considered equally as valid as the original. Una copia de este formulario se considerará tan válida como el original.



Client's Signature *

Date/Fecha

Signature input field with a small 'x' icon in the bottom left corner.

draw

Client Name / Nombre

EXPECTATIONS AND GENERAL UNDERSTANDINGS:

- **Required Consistency.** You are presenting for services to improve a certain condition. While every treatment is individualized, the basic expectation and best practice, is that your services be provided on a weekly basis. Therapy is most effective when done consistently every week (unless your condition calls for a different approach or you are stepping-down from services).
- **Insurance Plans Change.** It is crucial that you communicate such changes to your assigned therapist or case manager. Nobody wants a surprised invoice in the mail, and here at the office we work hard on minimizing the number of invoices sent out, so please communicate with us should your

or the new therapist might not be able to accommodate you on the same dates, etc. We always tell our clients that connecting with the right counselor could take time.

- **Not Happy?** If you ever want to file an official complaint about a counselor (for a serious issue), please email our Quality Assurance manager at qa@lukascounseling.org, and she will gladly provide you with the next steps. As the owner of the company, I take these issues seriously. I do so because I put myself in YOUR shoes, that's part of the Agency's core values, so we truly thank you for bringing to our attention any serious inconsistencies.
- **Communication.** If you are not followed up with or the communication is poor between you and the staff, we need to know this. Please email our Quality Assurance manager at qa@lukascounseling.org.

OUR VISION & CORE VALUES

We provide outreach behavioral health services to people across Florida. We want to be the best private behavioral health agency in the State of Florida, where clients have an outstanding experience!

Our core values include:

- **(a)** putting ourselves in the client's shoes - what would **we** want to experience if we had a 10-year-old daughter seeking treatment for depression?
- **(b)** making processes user-friendly and practical.
- **(c)** treating our staff with professionalism and respect, and if we do that, our clients can in turn, expect the same treatment from our staff.
- **(d)** paying attention to details so that everything runs smoothly and errors are minimized.

I understand these expectations as they have been explained to me:

EXPECTATIVAS Y ENTENDIMIENTOS GENERALES:

- **Consistencia requerida.** *Está presentando servicios para mejorar una determinada condición. Si bien cada tratamiento es individualizado, la expectativa básica y la mejor práctica es que sus servicios se brinden semanalmente. La terapia es más efectiva cuando se realiza de manera constante todas las semanas (a menos que su condición requiera un enfoque diferente o usted esté dejando los servicios).*
- **Cambio de planes de seguro.** *Es fundamental que comunique dichos cambios a su terapeuta o administrador de casos asignado. Nadie quiere recibir una factura sorpresa por correo, y aquí en la oficina trabajamos arduamente para minimizar la cantidad de facturas enviadas, así que comuníquese con nosotros si cambia su cobertura.*
- **La conexión correcta.** *Si está buscando un terapeuta o consejero, comprenda que (a) conectarse con el terapeuta adecuado lleva tiempo. En la mayoría de los casos, nadie va a mejorar inmediatamente de alguna manera mágica, así que tenga paciencia y permita que el proceso funcione solo; (b) si después de un tiempo desea cambiar de consejero, está bien, informe a la oficina (referrals2@lukascounseling.org), pero tenga en cuenta que puede haber una lista de espera o que el nuevo terapeuta no pueda acomodarlo, en las mismas fechas, etc. Siempre les decimos a nuestros clientes que conectarse con el consejero "correcto" puede llevar tiempo.*
- **¿No esta feliz?** *Si alguna vez desea presentar una queja oficial sobre un consejero (por un problema grave), envíe un correo electrónico a nuestra gerente de Garantía de Calidad a qa@lukascounseling.org y ella con gusto le informará los siguientes pasos. Como propietario de la empresa, me tomo estas cuestiones en serio. Lo hago porque me pongo en SUS zapatos, eso es parte de los valores fundamentales de la Agencia, por lo que realmente le agradecemos que nos haya informado sobre cualquier inconsistencia grave.*
- **Comunicación.** *Si no se le da seguimiento o la comunicación es deficiente entre usted y el personal, necesitamos saberlo. Envíe un correo electrónico a nuestro gerente de Garantía de Calidad a qa@lukascounseling.org*



Nuestros valores fundamentales incluyen:

- **(a)** ponernos en el lugar del cliente: ¿qué nos gustaría experimentar si tuviéramos una hija de 10 años que buscara tratamiento para la depresión?
- **(b)** hacer que los procesos sean fáciles de usar y prácticos.
- **(c)** tratar a nuestro personal con profesionalismo y respeto, y si lo hacemos, nuestros clientes, a su vez, pueden esperar el mismo trato de nuestro personal.
- **(d)** prestar atención a los detalles para que todo funcione sin problemas y se minimicen los errores.

Entiendo estas expectativas tal como me las han explicado:

Parent/Guardian Signature *

Date/Fecha

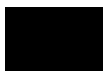
×

[draw](#)



Coordination of Care Choice / Coordinación: *

- I choose NOT to share information with my Doctor / Elijo NO compartir información con mi Doctor
- I do NOT have a Primary Care Doctor / NO tengo Médico de Atención Primaria
- Yes, Please share my information with the Doctor - Complete section below: / Sí, comparta mi información con el médico. Complete la sección a continuación:



Release of Information Choice / Elección de divulgación de información: *

- I NEED to complete a Release of Information Form - to send my records to another agency or hospital / NECESITO completar un Formulario de divulgación de información para enviar mis registros a otra agencia u hospital.
- I don't need to complete a Release of Information Form / No necesito completar un formulario de divulgación de información

Coordination of Care / Coordinación de elección de atención:



Name / Nombre *

Date of Birth *

I have authorized Lukas Counseling to use and/or disclose certain protected health information (PHI) with my/My child's Primary Care Physician for the coordination of care.



Empty input fields for patient information.



Dr's Address *

Address Line 1

Address Line 2

City

State

Zip Code

(to be completed by our agency after diagnosis)

CLIENT IS RECEIVING BEHAVIORAL HEALTH / MENTAL HEALTH SERVICES FOR OUR PRACTICE. CLIENT IS BEING TREATED FOR THE FOLLOWING DIAGNOSIS:

ICD-10 Diagnosis

Empty input field for ICD-10 diagnosis.

And is Receiving:

- Individual/Family Counseling
- Psychiatric Services
- Mental Health Targeted Case Management
- Group Counseling
- Psychosocial Rehabilitation

I understand that only the above-specified information can be disclosed by the above-specified organization. This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules. The Federal Rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient [52 FR 21809, 1987; 52 FR 41997, Nov. 2, 1987] - This consent or authorization for release of information shall be effective the date of signature and shall expire one year from the date of signature below or at the time services are concluded if before one year. I also understand that I may revoke this consent or authorization at any time, providing I notify the program in writing to this effect. Revocation has no effect on action previously taken. A copy or electronic copy of this document shall be as valid as the original. I give permission to fax this form to my primary care provider as listed above.

Entiendo que la organización mencionada solo puede divulgar la información especificada anteriormente. Esta información le ha sido revelada a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad. Las Reglas Federales le prohíben realizar más divulgaciones de esta información a menos que el 42 CFR Parte 2 permita expresamente más divulgaciones. 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 o procesar penalmente a cualquier paciente que abuse del alcohol o las drogas [52 FR 21809, 1987; 52 FR 41997, 2 de noviembre de 1987] - Este consentimiento o autorización para la divulgación de información entrará en vigor en la fecha de la firma y expirará un año a partir de la fecha de la firma a continuación o en el momento en que concluyan los servicios si es antes de un año. También entiendo que puedo revocar este consentimiento o autorización en cualquier momento, siempre que notifique al programa por escrito a tal efecto. La revocación no tiene efecto sobre las acciones tomadas previamente. Una copia o copia electrónica de este documento será tan válida como el original. Doy permiso para enviar este formulario por fax a mi proveedor de atención primaria como se indica arriba.



Signature/Firma *

Empty input field for signature.

Date/Fecha *

Empty input field for date.





×

draw

Client Name / Nombre

ROI FORM

AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION



Name / Nombre *

Date of Birth *

***** COMPLETE ONE (1) FORM per entity with whom you give permission for Lukas Counseling to share information*****

I authorize our agency to discuss details of my case and/or to disclose certain protected health information (PHI) to the individual or agency listed below. I understand the information shared is for coordination of care and will be on a need-to-know basis, and that my confidentiality of specific session details is still protected except in situations that require legal notification of other agencies, such as in cases of abuse. / *Autorizo a nuestra agencia a discutir los detalles de mi caso y/o divulgar cierta información de salud protegida (PHI) al individuo o agencia que se enumeran a continuación. Entiendo que la información compartida es para la coordinación de la atención y será según sea necesario, y que mi confidencialidad de los detalles específicos de la sesión aún está protegida, excepto en situaciones que requieren notificación legal de otras agencias, como en casos de abuso. .*

RELEASE AND RECEIVE INFORMATION WITH:



Agency/Physician/Person: *

Phone

Fax



Address (for Agency/Physician/Person) *

Requested Delivery Method

Purpose



- Mental Health Records
- Substance Abuse Records
- Medications & Dosages
- Summary of Progress Notes
- Educational Records
- Physical Health Records/Summary
- Other
-

I understand that only the above-specified information can be disclosed by our organization, depending on the area you live in, that will be either Lukas Counseling Services LLC or The Lukas Counseling Company LLC, either being separate entities. This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules. The Federal Rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient [52 FR 21809, 1987; 52 FR 41997, Nov. 2, 1987] - This consent or authorization for release of information shall be effective the date of signature and shall expire one year from the date of signature below or at the time services are concluded if before one year. I also understand that I may revoke this consent or authorization at any time, providing I notify the program in writing to this effect. Revocation has no effect on action previously taken. A copy or electronic copy of this document shall be as valid as the original.

Unless I provide other instructions IN WRITING, this authorization expires 2 (two) years from the date signed. If printing, please submit this request to us in person or: LUKAS COUNSELING **Fax – 561-430-2039 E-mail - QA@lukascounseling.org Or Mail: 15155 W COLONIAL DR # 784719 WINTER GARDEN FL 34787**

Entiendo que nuestra organización solo puede divulgar la información especificada anteriormente, dependiendo del área en la que viva, que será Lukas Counseling Services LLC o The Lukas Counseling Company LLC, ya sean entidades separadas. Esta información ha sido divulgada a usted de registros protegidos por reglas federales de confidencialidad. Las Reglas Federales le prohíben realizar más divulgaciones de esta información a menos que el 42 CFR Parte 2 permita expresamente más divulgaciones. 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 o procesar penalmente a cualquier paciente que abuse del alcohol o las drogas [52 FR 21809, 1987; 52 FR 41997, 2 de noviembre de 1987] - Este consentimiento o autorización para la divulgación de información entrará en vigor en la fecha de la firma y expirará un año a partir de la fecha de la firma a continuación o en el momento en que concluyan los servicios si es antes de un año. También entiendo que puedo revocar este consentimiento o autorización en cualquier momento, siempre que notifique al programa por escrito a tal efecto. La revocación no tiene efecto sobre las acciones tomadas previamente. Una copia o copia electrónica de este documento será tan válida como el original.



Signature *

Date/Fecha *



[draw](#)

Client Name / Nombre

ROI FORM for SCHOOLS

Uncheck **SCHOOL** in the consent section above if you **do not** want to complete this part.

AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION WITH A SCHOOL



Client's Name/Nombre *

***** COMPLETE ONE (1) FORM per entity with whom you give permission for Lukas Counseling to share information*****

I authorize our agency to discuss details of my case and/or to disclose certain protected health information (PHI) to the individual or agency listed below. I understand the information shared is for coordination of care and will be on a need-to-know basis, and that my confidentiality of specific session details is still protected except in situations that require legal notification of other agencies, such as in cases of abuse. / *Autorizo a nuestra agencia a discutir los detalles de mi caso y/o divulgar cierta información de salud protegida (PHI) al individuo o agencia que se enumeran a continuación. Entiendo que la información compartida es para la coordinación de la atención y será según sea necesario, y que mi confidencialidad de los detalles específicos de la sesión aún está protegida, excepto en situaciones que requieren notificación legal de otras agencias, como en casos de abuso.*

RELEASE AND RECEIVE INFORMATION WITH:



Name of School *

Client Name / Nombre

Requested Delivery Method

Purpose

I Authorize to Release:

- Psychiatric or Psychosocial Evaluations
- Mental Health Records
- Substance Abuse Records
- Medications & Dosages

Other Instructions: (note: Florida law requires a court order to prevent information release to biological parents or other identified legal guardians):

- Other (Monthly Summaries) - Be Aware - some schools require it if the client is seen at school (if they're NOT seen at school property, they are not required, but highly recommended)

I understand that only the above-specified information can be disclosed by our company, which will be either Lukas Counseling Services LLC or The Lukas Counseling Company LLC, either being separate entities. This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules. The Federal Rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient [52 FR 21809, 1987; 52 FR 41997, Nov. 2, 1987] - This consent or authorization for release of information shall be effective the date of signature and shall expire one year from the date of signature below or at the time services are concluded if before one year. I also understand that I may revoke this consent or authorization at any time, providing I notify the program in writing to this effect. Revocation has no effect on action previously taken. A copy or electronic copy of this document shall be as valid as the original.

Unless I provide other instructions IN WRITING, this authorization expires 2 (two) years from the date signed. If printing, please submit this request to us in person or: LUKAS COUNSELING **Fax – 561-430-2039 E-mail - QA@lukascounseling.org Or Mail: 15155 W COLONIAL DR # 784719 WINTER GARDEN FL 34787**

Entiendo que nuestra organización solo puede divulgar la información especificada anteriormente, dependiendo del área en la que viva, que será Lukas Counseling Services LLC o The Lukas Counseling Company LLC, ya sean entidades separadas. Esta información ha sido divulgada a usted de registros protegidos por reglas federales de confidencialidad. Las Reglas Federales le prohíben realizar más divulgaciones de esta información a menos que el 42 CFR Parte 2 permita expresamente más divulgaciones. 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 o procesar penalmente a cualquier paciente que abuse del alcohol o las drogas [52 FR 21809, 1987; 52 FR 41997, 2 de noviembre de 1987] - Este consentimiento o autorización para la divulgación de información entrará en vigor en la fecha de la firma y expirará un año a partir de la fecha de la firma a continuación o en el momento en que concluyan los servicios si es antes de un año. También entiendo que puedo revocar este consentimiento o autorización en cualquier momento, siempre que notifique al programa por escrito a tal efecto. La revocación no tiene efecto sobre las acciones tomadas previamente. Una copia o copia electrónica de este documento será tan válida como el original.



Signature *

Date/Fecha *