

Autorización para la Liberación/Intercambio de Información

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Para asegurar una comunicación efectiva y la continuidad de la atención para mí/mi hijo, autorizo el intercambio de información relevante sobre el tratamiento entre:

Gulf Coast Behavioral Health
1938 Soule Rd
Clearwater, FL 33759

Phone Number: (727) 726-7442
Fax Number: (727) 288-1111
Email Address: info@gulfcoastbh.com

y el individuo, el médico/proveedor de tratamiento, la oficina o el hospital identificados a continuación:

Nombre/Organización: _____ Número de teléfono: _____

Información específica a revelar:

Marca todas las casillas que correspondan a continuación:

Notas Clínicas	Resultados de laboratorio/diagnóstico	Resumen de admisión/alta institucional
Registro completo	Formularios/Carta	Otro (por favor describe): _____

Entiendo que la información divulgada bajo esta autorización estará protegida de acuerdo con las leyes de privacidad locales, estatales y federales aplicables, incluyendo HIPAA. Esta autorización puede incluir la divulgación de información confidencial relacionada con la salud mental, el tratamiento de uso de sustancias y los registros de VIH/SIDA según lo permita la ley, incluyendo 42 CFR Parte 2 y F.S. §382.010.

Entiendo que la información divulgada bajo esta autorización no puede ser revelada nuevamente sin mi consentimiento adicional por escrito, a menos que la ley lo permita. Gulf Coast Behavioral Health no puede garantizar que el destinatario no vuelva a divulgar la información sin autorización.

Libero a Gulf Coast Behavioral Health, a sus empleados, agentes y representantes de cualquier responsabilidad por la divulgación de información de buena fe autorizada aquí.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito. Cualquier revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en base a esta autorización. Para los pacientes menores de edad, esta autorización terminará cuando el paciente alcance la mayoría de edad, a menos que la ley disponga lo contrario, lo que ocurra primero.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo esta autorización y que doy mi consentimiento voluntario para la divulgación e intercambio de la información aquí descrita para tratamiento, coordinación de cuidados y continuidad de la atención. Entiendo que una copia fotostática, fax, copia escaneada o firma electrónica será tan válida como el original y tendrá el mismo efecto legal. Si el paciente es menor de edad, certifico que soy el padre, la madre o Representante legal y que tengo la autoridad legal para autorizar la divulgación e intercambio de la información de salud protegida del menor según lo descrito en esta autorización. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para la divulgación de dicha información en nombre del menor.

Firma del paciente/Representante legal

Fecha

Relación con el paciente

