



Orlando Office

1400 North Semoran Blvd Orlando, Suite E. FL 32807
Phone: (407) 823 - 8421 / Fax: (407) 823 - 8195

Kissimmee Office

201 Ruby Avenue, Suite B Kissimmee, FL 34741
Phone: (407) 933 - 1847 / Fax: (407) 933 - 1849

Autorización/Divulgación de Expedientes y la Información Protegida de Salud Mental

Esto es una autorización para que Compass Counseling Services, LLC (CCS) pueda divulgar, obtener y/o intercambiar información de salud mental protegida. Al firmar este formulario, la información confidencial psicológica y psiquiátrica puede ser divulgada y/o discutida con las personas o agencias identificadas a continuación a menos que se indique por exclusiones o limitaciones. Este formulario se firma voluntariamente y puede ser revocado en cualquier momento. Todas las divulgaciones realizadas de conformidad con este formulario son válidas siempre y cuando se hayan realizado antes de la fecha de revocación.

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. POR FAVOR MARQUE/INDIQUE:

- Por lo presente me NIEGO a dar autorización para cualquier divulgación de información, incluyendo a medico primario, en este momento.
Yo autorizo a mi proveedor de CCS/CCS a LIBERAR y RECIBIR información de salud mental/psicológica/psiquiátrica hacia/y desde el SEGUNDO INTERLOCUTOR/PERSONA/ENTIDAD como se indica a continuación:

2. SEGUNDO INTERLOCUTOR/PERSONA/ENTIDAD:

Nombre: \_\_\_\_\_
Dirección: \_\_\_\_\_
Numero de Fax: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

3. TIPO DE INFORMACION QUE SE DIVULGA:

- Yo autorizo la divulgación de TODA la información de salud, incluyendo información relacionada con la medicina, farmacia, salud mental, abuso de sustancias, y psicoterapia.
Yo autorizo SOLAMENTE la divulgación de la siguiente información: Carta Confirmando el Cliente
Evaluación de Consejería con el Plan de Tratamiento Resumen de Alta de Consejería Evaluación Psiquiátrica con el Plan de Tratamiento
Lista de Medicamentos Psiquiátricos Resultados/Diagnósticos de Laboratorio Notas de Progreso (Medicamentos)
Resultados de Evaluación Psicológicas de CCS Registro/Expediente del Tratamiento para el Abuso de Sustancia
Otro (especificar): \_\_\_\_\_

- PROPOSITO: Seguro Médico/Pago Uso Personal Participación en Citas Acción Legal Información sobre el Tratamiento
Comunicación con el Cliente/Coordinación de Cuidado Seguimiento de Tratamiento Coordinación de Citas
Otro (especificar): \_\_\_\_\_

5. Indique las exclusiones o limitaciones aquí: \_\_\_\_\_

Yo certifico que mi información de salud está siendo revelada a petición mía o a petición de mi representante personal. Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios no dependen de mi firma de esta autorización. Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo este documento y que he dado voluntariamente a CCS/mi proveedor la autorización para divulgar mis registros. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando una notificación por escrito a mi proveedor. Sin embargo, la revocación no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada antes de la fecha en que se reciba mi revocación. Entiendo que mi información puede ser redistribuida por la persona u organización autorizada que recibe la información, y en ese momento, la información ya no puede estar protegida bajo los términos de este acuerdo. También, yo soy consciente de que la utilización de mi salud y o mis registros de salud mental para fines legales se dejan en manos de la interpretación de los representantes legales y pueden o no ser beneficiosos para mi caso legal. Esta autorización expirará un año después de la fecha firmada a menos que se revoque por escrito.

Entiendo que una solicitud de documentación tardará un mínimo de 7-10 días laborales en completarse. Entiendo que puede haber una tarifa por la documentación solicitada, y acepto pagar todas las tarifas asociadas antes de recibir la documentación solicitada. (Consulte con el personal de la oficina para determinar las tarifas asociadas). También entiendo que la solicitud de documentación puede contener información personal y sensible, y acepto la divulgación de esta información según lo solicitado.

Nombre del Cliente Firma del Cliente Fecha de hoy
Nombre del Padre/ Tutor Legal/ Representante Legal Firma del Padre/ Tutor Legal/ Representante Legal Fecha de hoy

Por favor marque (si aplica): Esta autorización se da en nombre de este paciente debido a ser menor de edad o por que el/ella no puede firmar.