



Orlando Office

1400 North Semoran Boulevard Suite E, Orlando, 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

Authorization for Family Member/Personal Representative

I authorize the person(s) (adults age 18 and over) identified below to communicate with Compass Counseling Services, LLC (CCS) in regards to my health care information for specific purposes.

NAME	PHONE	RELATIONSHIP TO PATIENT
I authorize this person to (please check all that apply): <input type="checkbox"/> ALL PURPOSES LISTED HERE <input type="checkbox"/> Create/Cancel Appointments <input type="checkbox"/> Pick Up Medical Records <input type="checkbox"/> Pick Up Forms/Letters <input type="checkbox"/> Discuss Billing Information <input type="checkbox"/> Participate in Sessions <input type="checkbox"/> Pick Up Prescriptions in Office		

NAME	PHONE	RELATIONSHIP TO PATIENT
I authorize this person to (please check all that apply): <input type="checkbox"/> ALL PURPOSES LISTED HERE <input type="checkbox"/> Create/Cancel Appointments <input type="checkbox"/> Pick Up Medical Records <input type="checkbox"/> Pick Up Forms/Letters <input type="checkbox"/> Discuss Billing Information <input type="checkbox"/> Participate in Sessions <input type="checkbox"/> Pick Up Prescriptions in Office		

NAME	PHONE	RELATIONSHIP TO PATIENT
I authorize this person to (please check all that apply): <input type="checkbox"/> ALL PURPOSES LISTED HERE <input type="checkbox"/> Create/Cancel Appointments <input type="checkbox"/> Pick Up Medical Records <input type="checkbox"/> Pick Up Forms/Letters <input type="checkbox"/> Discuss Billing Information <input type="checkbox"/> Participate in Sessions <input type="checkbox"/> Pick up Prescriptions in Office		

My signature below represents that I understand this form is valid for one year from date of signature and may be revoked by me (or my legal representative) at any time in writing to CCS. I also understand that I may refuse to sign this authorization and that my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment, payment for services or eligibility for benefits. Additionally, I understand that a separate Authorization is needed if I want to give someone full access to my health record.

PRINT CLIENT'S NAME	DATE OF BIRTH	SIGNATURE OF CLIENT	TODAY'S DATE
PRINT NAME OF LEGAL GUARDIAN OR REPRESENTATIVE	SIGNATURE OF LEGAL GUARDIAN OR REPRESENTATIVE		TODAY'S DATE



Orlando Office

1400 North Semoran Boulevard Suite E, Orlando, 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 para Miembro Familiar/Representante Personal

Autorizo a la(s) persona(s) (adultos de 18 años o más) identificada(s) a continuación a comunicarse con Compass Counseling Services, LLC (CCS) con respecto a mi información de cuidado/tratamiento médico para fines específicos.

NOMBRE	TELÉFONO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
Yo autorizo a esta persona a (marque todo lo que se aplican): <input type="checkbox"/> TODOS LOS PROPÓSITOS ENUMERADOS AQUÍ		
<input type="checkbox"/> Crear o Cancelar Citas	<input type="checkbox"/> Recoger Registros médicos	<input type="checkbox"/> Recoger Formularios /Cartas
<input type="checkbox"/> Hablar Sobre Facturas	<input type="checkbox"/> Participar en Citas	<input type="checkbox"/> Recoger Recetas en la Oficina

NOMBRE	TELÉFONO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
Yo autorizo a esta persona a (marque todo lo que se aplican): <input type="checkbox"/> TODOS LOS PROPÓSITOS ENUMERADOS AQUÍ		
<input type="checkbox"/> Crear o Cancelar Citas	<input type="checkbox"/> Recoger Registros médicos	<input type="checkbox"/> Recoger Formularios /Cartas
<input type="checkbox"/> Hablar Sobre Facturas	<input type="checkbox"/> Participar en Citas	<input type="checkbox"/> Recoger Recetas en la Oficina

NOMBRE	TELÉFONO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
Yo autorizo a esta persona a (marque todo lo que se aplican): <input type="checkbox"/> TODOS LOS PROPÓSITOS ENUMERADOS AQUÍ		
<input type="checkbox"/> Crear o Cancelar Citas	<input type="checkbox"/> Recoger Registros médicos	<input type="checkbox"/> Recoger Formularios /Cartas
<input type="checkbox"/> Hablar Sobre Facturas	<input type="checkbox"/> Participar en Citas	<input type="checkbox"/> Recoger Recetas en la Oficina

Mi firma a continuación representa que entiendo que este formulario es válido por un año a partir de la fecha de firma y puede ser revocado por mí (o mi representante legal) en cualquier momento por escrito a CCS. También entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago por servicios o elegibilidad para beneficios. Además, entiendo que se necesita una autorización por separado si quiero darle a alguien acceso completo a mi registro de salud.

NOMBRE DEL CLIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA DE HOY

NOMBRE DEL TUTOR LEGAL/ REPRESENTANTE

FIRMA DEL PADRE/ TUTOR LEGAL/ REPRESENTANTE LEGAL

FECHA DE HOY