



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 to Obtain/Release Protected Mental Health Information: Primary Care Physician/Doctor

This is an authorization for Compass Counseling Services, LLC (CCS) to release, obtain, and/or exchange protected mental health information with your primary care physician/medical doctor for the purposes of coordinating medical care and treatment. By signing this form, confidential psychological and psychiatric information can be released to and/or discussed with the provider/agency listed below unless noted by exclusions or limitations. This form is signed voluntarily and may be revoked at any time. All disclosures made pursuant to this form are valid as long as they were made before the date of revocation.

Client Name: _____ Date of Birth: ____/____/____

1. PLEASE CHECK:

- I hereby REFUSE to give CCS authorization to release any treatment information to my primary care physician (PCP) at this time.
- I AUTHORIZE CCS to receive and obtain information from my primary care physician, in addition to release a copy of the initial visit record to my doctor/physician and/or release copies of my visit notes when requested by physician.

2. PRIMARY CARE PHYSICIAN/DOCTOR NAME: _____

Group/Office Name: _____

Address: _____

Phone Number: _____

Fax Number: _____

3. TYPE OF INFORMATION TO BE DISCLOSED:

This authorization does not represent a complete medical records access request. For a primary care physician/doctor to access the full record, a separate authorization will need to be completed.

4. NOTE ANY EXCLUSIONS OR LIMITATIONS HERE: _____

I certify that my health information is being disclosed at my request or at the request of my personal representative. I understand that treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits is not dependent on my signing this authorization. By signing below, I acknowledge that I have read and understand this document and that I have voluntarily given CCS/my provider authorization to disclose my records. I understand that I may revoke this authorization at any time by providing a written notice to my provider. However, the revocation will not have an effect on any actions taken prior to the date my revocation is received. I understand that my information may be redisclosed by the authorized person/organization receiving the information, and at that point, the information may no longer be protected under the terms of this agreement. I am also aware that utilizing my health and or my mental health records for legal purposes are left up to the interpretation by legal representatives and may or may not be beneficial to my legal case. This authorization will expire one year following the date signed unless revoked in writing.

PRINT CLIENT'S NAME

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/Divulgación de Expedientes y la Información Protegida de Salud Mental: Medico Primario

Esto es una autorización para que Compass Counseling Services, LLC (CCS) pueda divulgar, obtener y/o intercambiar información protegida de su salud mental con su médico primario para los propósitos de coordinar cuidado médico y tratamiento. 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** darle autorización a CCS para cualquier divulgación de información a medico primario.
- Yo autorizo a **CCS para recibir y obtener** información de mi médico de atención primaria, además de **liberar una copia del registro de la visita inicial a mi médico y / o liberar copias de mis notas de visita cuando lo solicite el médico.**

2. NOMBRE DE MEDICO PRIMARIO: _____

Nombre del Grupo/Oficina Medica: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Numero de Fax: _____

3. TIPO DE INFORMACION QUE SE DIVULGA:

Esta autorización no representa una solicitud completa de acceso a registros médicos. Para que un médico de atención primaria acceda al registro completo, deberá completarse una autorización por separado.

4. 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.

NOMBRE DEL CLIENTE

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA DE HOY

NOMBRE DEL TUTOR LEGAL/ REPRESENTANTE

FIRMA DEL PADRE/ TUTOR LEGAL/ REPRESENTANTE LEGAL

FECHA DE HOY