



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**

This is an authorization for Compass Counseling Services, LLC (CCS) to release, obtain, and/or exchange protected mental health information. 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.

Client Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

I AUTHORIZE CCS to receive, obtain, and/or exchange confidential information with the following:

PERSON/AGENCY/CONTACT NAME: \_\_\_\_\_  
ADDRESS: \_\_\_\_\_  
PHONE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

I AUTHORIZE that the following information be sent to CCS: \_\_\_\_\_

AND/OR I AUTHORIZE CCS to release the following information to the person/agency/contact named above:

- Completion of forms/documents as requested by another agency/service: \_\_\_\_\_
- Diagnosis & Patient Status (Active or Discharged)  Billing & Health Insurance Information
- Therapy/Counseling Assessment with Treatment Plan  Therapy/Counseling Discharge Summary
- Psychiatric Evaluation with Treatment Plan  Recent List of Psychiatric Medications
- Medication Progress Notes (which months?): \_\_\_\_\_
- Laboratory Test Results  Psychological Evaluation/Testing Results  Substance Treatment Record
- Other (specify): \_\_\_\_\_

NOTE ANY EXCLUSIONS OR LIMITATIONS HERE: \_\_\_\_\_

PURPOSE:  Coordination of Care  Treatment Information  Legal Action  Continued Treatment  Insurance/Payment  
 Other (specify): \_\_\_\_\_

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 NAME OF CLIENT/LEGAL GUARDIAN OR REPRESENTATIVE

SIGNATURE OF CLIENT/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**

Esto es una autorización para que Compass Counseling Services, LLC (CCS) pueda divulgar, obtener y/o intercambiar información protegida de su salud mental. 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.

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

YO AUTORIZO a CCS para recibir, obtener y/o intercambiar información confidencial con el siguiente:

NOMBRE DE PERSONA/AGENCIA: \_\_\_\_\_  
DIRRECCION: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

YO AUTORIZO que la siguiente información se le mande a CCS: \_\_\_\_\_

Y/O YO AUTORIZO a CCS a divulgar la siguiente información a la persona/agencia mencionada anteriormente:

- Completar formularios/documentos según lo solicitado por otra agencia/servicio: \_\_\_\_\_
- Diagnostico & Estatus de Paciente (Activo o De Alta)  Información de Facturas & Seguro Médico
- Evaluación de Consejería/Terapia & el Plan de Tratamiento  Resumen de Alta de Consejería/Terapia
- Evaluación Psiquiátrica & el Plan de Tratamiento  Lista Reciente de Medicamentos Psiquiátricos
- Notas de Progreso de Citas de Medicamentos (¿cuál meses?): \_\_\_\_\_
- Resultados de Laboratorio  Resultados de Evaluación Psicológicas  Expediente del Tratamiento de Sustancia
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_

INDIQUE LAS EXCLUSIONES O LIMITACIONES AQUÍ: \_\_\_\_\_

PROPOSITO:  Coordinación de Cuidado  Información sobre el Tratamiento  Acción Legal  Continuación de Tratamiento  
 Seguro Médico/Pago  Otro (especificar): \_\_\_\_\_

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/TUTOR LEGAL/ REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CLIENTE/ TUTOR LEGAL/ REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA DE HOY