



FAX: 866-257-8195 (correo electrónico: ICS@valley-widehealth.org)

Autorización de Salud Conductual para Divulgar y/o Intercambiar Información de Salud Protegida

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____
 Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono: (____) _____

Por la presente doy mi consentimiento y autorizo a Valley-Wide Health Systems a:

- Obtener información de y/o
- Divulgar información privada (confidencial) a la siguiente persona(s) y/o entidades.

_____ Médico de Atención Primaria/Médico de Cabecera Nombre: Teléfono: Fax: Fecha:	<p><u>Información que se divulgará:</u></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informe de tratamiento ambulatorio</td> <td><input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada</td> <td><input type="checkbox"/> Notas de Compañero</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios</td> <td><input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando lo dieron de alta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica</td> <td><input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos</td> <td><input type="checkbox"/> Asistencia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia</td> <td><input type="checkbox"/> Diagnóstico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento</td> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fechas: _____</td> </tr> </table> <p>Propósito de Divulgación: <input type="checkbox"/> Coordinación de Atención <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <hr/> <p>Información Sensible- Esta información no se divulgará a menos que el paciente firme con sus iniciales.</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de Crisis ___ <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de la Unidad de Manejo de Síndrome/Síntomas de Abstinencia ___</p> <p><input type="checkbox"/> Consumo de Sustancias y/o Alcohol ___ <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento Residencial Transitorio ___</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen de la Unidad del Tratamiento Agudo ___ <input type="checkbox"/> Información Relacionada con el VIH/SIDA ___</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad Transmitido Sexualmente ___</p>	<input type="checkbox"/> Informe de tratamiento ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología	<input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada	<input type="checkbox"/> Notas de Compañero	<input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios	<input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando lo dieron de alta	<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)	<input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia	<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fechas: _____	
<input type="checkbox"/> Informe de tratamiento ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología																
<input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada	<input type="checkbox"/> Notas de Compañero																
<input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios	<input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando lo dieron de alta																
<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)																
<input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Asistencia																
<input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia	<input type="checkbox"/> Diagnóstico																
<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____																
<input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fechas: _____																	
_____ Administración de Seguro Social Nombre: Teléfono: Fax: Fecha:	<p><u>Información que se Divulgara:</u></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio</td> <td><input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada</td> <td><input type="checkbox"/> Notas de Compañero</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios</td> <td><input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica</td> <td><input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos</td> <td><input type="checkbox"/> Asistencia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia</td> <td><input type="checkbox"/> Diagnostico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento</td> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fechas: _____</td> </tr> </table> <p>Propósito de Divulgación: <input type="checkbox"/> Coordinación de Atención <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <hr/> <p>Información Sensible - Esta información no se divulgará a menos que el paciente firme con sus iniciales.</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de Crisis ___ <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de la Unidad de Manejo de Síndrome/Síntomas de Abstinencia ___</p> <p><input type="checkbox"/> Consumo de sustancias y/o alcohol ___ <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento Residencial Transitorio ___</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen de la Unidad del Tratamiento Agudo ___ <input type="checkbox"/> Información Relacionada con el VIH/SIDA ___</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad Transmitido Sexualmente ___</p>	<input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología	<input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada	<input type="checkbox"/> Notas de Compañero	<input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios	<input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta	<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)	<input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia	<input type="checkbox"/> Diagnostico	<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fechas: _____	
<input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología																
<input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada	<input type="checkbox"/> Notas de Compañero																
<input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios	<input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta																
<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)																
<input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Asistencia																
<input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia	<input type="checkbox"/> Diagnostico																
<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____																
<input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fechas: _____																	



<p>____ Abogada/o</p> <p>Nombre:</p> <p>Teléfono:</p> <p>Fax:</p> <p>Fecha:</p>	<p>Información que se Divulgara:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio</td> <td><input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada</td> <td><input type="checkbox"/> Notas de Compañero</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios</td> <td><input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica</td> <td><input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos</td> <td><input type="checkbox"/> Asistencia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia</td> <td><input type="checkbox"/> Diagnostico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento</td> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fechas: _____</td> </tr> </table> <p>Propósito de Divulgación: <input type="checkbox"/> Coordinación de Atención <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <hr/> <p>Información Sensible - Esta información no se divulgará a menos que el paciente firme con sus iniciales.</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de Crisis ____ <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de la Unidad de Manejo de Síndrome/Síntomas de Abstinencia ____</p> <p><input type="checkbox"/> Consumo de Sustancias y/o Alcohol ____ <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento Residencial Transitorio ____</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen de la Unidad del Tratamiento Agudo ____ <input type="checkbox"/> Información Relacionada con el VIH/SIDA ____</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad Transmitido Sexualmente ____</p>	<input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología	<input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada	<input type="checkbox"/> Notas de Compañero	<input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios	<input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta	<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)	<input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia	<input type="checkbox"/> Diagnostico	<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fechas: _____	
<input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología																
<input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada	<input type="checkbox"/> Notas de Compañero																
<input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios	<input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta																
<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)																
<input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Asistencia																
<input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia	<input type="checkbox"/> Diagnostico																
<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____																
<input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fechas: _____																	
<p>____ Servicios Sociales</p> <p>Nombre:</p> <p>Teléfono:</p> <p>Fax:</p> <p>Fecha:</p>	<p>Información que se Divulgara:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio</td> <td><input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada</td> <td><input type="checkbox"/> Notas de Compañero</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios</td> <td><input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica</td> <td><input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos</td> <td><input type="checkbox"/> Asistencia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia</td> <td><input type="checkbox"/> Diagnostico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento</td> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fechas: _____</td> </tr> </table> <p>Propósito de Divulgación: <input type="checkbox"/> Coordinación de Atención <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <hr/> <p>Información Sensible - Esta información no se divulgará a menos que el paciente firme con sus iniciales.</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de Crisis ____ <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de la Unidad de Manejo de Síndrome/Síntomas de Abstinencia ____</p> <p><input type="checkbox"/> Consumo de Sustancias y/o Alcohol ____ <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento Residencial Transitorio ____</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen de la Unidad del Tratamiento Agudo ____ <input type="checkbox"/> Información Relacionada con el VIH/SIDA ____</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad Transmitido Sexualmente ____</p>	<input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología	<input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada	<input type="checkbox"/> Notas de Compañero	<input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios	<input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta	<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)	<input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia	<input type="checkbox"/> Diagnostico	<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fechas: _____	
<input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología																
<input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada	<input type="checkbox"/> Notas de Compañero																
<input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios	<input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta																
<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)																
<input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Asistencia																
<input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia	<input type="checkbox"/> Diagnostico																
<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____																
<input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fechas: _____																	
<p>____ Escuela</p> <p>Nombre:</p> <p>Teléfono:</p> <p>Fax:</p> <p>Fecha:</p>	<p>Información que se Divulgara:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio</td> <td><input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada</td> <td><input type="checkbox"/> Notas de Compañero</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios</td> <td><input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica</td> <td><input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos</td> <td><input type="checkbox"/> Asistencia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia</td> <td><input type="checkbox"/> Diagnostico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento</td> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas : _____ Hasta que Fechas: _____</td> </tr> </table> <p>Propósito de Divulgación: <input type="checkbox"/> Coordinación de Atención <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <hr/> <p>Información Sensible - Esta información no se divulgará a menos que el paciente firme con sus iniciales.</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de Crisis ____ <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de la Unidad de Manejo de Síndrome/Síntomas de Abstinencia ____</p> <p><input type="checkbox"/> Consumo de Sustancias y/o Alcohol ____ <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento Residencial Transitorio ____</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen de la Unidad del Tratamiento Agudo ____ <input type="checkbox"/> Información Relacionada con el VIH/SIDA ____</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad Transmitido Sexualmente ____</p>	<input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología	<input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada	<input type="checkbox"/> Notas de Compañero	<input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios	<input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta	<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)	<input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia	<input type="checkbox"/> Diagnostico	<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas : _____ Hasta que Fechas: _____	
<input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología																
<input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada	<input type="checkbox"/> Notas de Compañero																
<input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios	<input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta																
<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)																
<input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Asistencia																
<input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia	<input type="checkbox"/> Diagnostico																
<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____																
<input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas : _____ Hasta que Fechas: _____																	



<p>____ Libertad Condicional</p> <p>Nombre:</p> <p>Teléfono:</p> <p>Fax:</p> <p>Fecha:</p>	<p>Información que se Divulgará:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio</td> <td><input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada</td> <td><input type="checkbox"/> Notas de Compañero</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios</td> <td><input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica</td> <td><input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos</td> <td><input type="checkbox"/> Asistencia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia</td> <td><input type="checkbox"/> Diagnostico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento</td> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fechas: _____</p> <hr/> <p>Propósito de Divulgación: <input type="checkbox"/> Coordinación de Atención <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <hr/> <p>Información Sensible - Esta información no se divulgará a menos que el paciente firme con sus iniciales.</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de Crisis ____ <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de la Unidad de Manejo de Síndrome/Síntomas de Abstinencia ____</p> <p><input type="checkbox"/> Consumo de Sustancias y/o Alcohol ____ <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento Residencial Transitorio ____</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen de la Unidad del Tratamiento Agudo ____ <input type="checkbox"/> Información Relacionada con el VIH/SIDA ____</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad Transmitido Sexualmente ____</p>	<input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología	<input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada	<input type="checkbox"/> Notas de Compañero	<input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios	<input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta	<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)	<input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia	<input type="checkbox"/> Diagnostico	<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología														
<input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada	<input type="checkbox"/> Notas de Compañero														
<input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios	<input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta														
<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)														
<input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Asistencia														
<input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia	<input type="checkbox"/> Diagnostico														
<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____														
<p>____ Corte</p> <p>Nombre:</p> <p>Teléfono:</p> <p>Fax:</p> <p>Fecha:</p>	<p>Información que se Divulgará:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio</td> <td><input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada</td> <td><input type="checkbox"/> Notas de Compañero</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios</td> <td><input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica</td> <td><input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos</td> <td><input type="checkbox"/> Asistencia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia</td> <td><input type="checkbox"/> Diagnostico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento</td> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fechas: _____</p> <hr/> <p>Propósito de Divulgación: <input type="checkbox"/> Coordinación de Atención <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <hr/> <p>Información Sensible - Esta información no se divulgará a menos que el paciente firme con sus iniciales.</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de Crisis ____ <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de la Unidad de Manejo de Síndrome/Síntomas de Abstinencia ____</p> <p><input type="checkbox"/> Consumo de Sustancias y/o Alcohol ____ <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento Residencial Transitorio ____</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen de la Unidad del Tratamiento Agudo ____ <input type="checkbox"/> Información Relacionada con el VIH/SIDA ____</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad Transmitido Sexualmente ____</p>	<input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología	<input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada	<input type="checkbox"/> Notas de Compañero	<input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios	<input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta	<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)	<input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia	<input type="checkbox"/> Diagnostico	<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología														
<input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada	<input type="checkbox"/> Notas de Compañero														
<input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios	<input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta														
<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)														
<input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Asistencia														
<input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia	<input type="checkbox"/> Diagnostico														
<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____														
<p>____ Residencia de ancianos/instalación residencial</p> <p>Nombre:</p> <p>Teléfono:</p> <p>Fax:</p> <p>Fecha:</p>	<p>Información que se Divulgará:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio</td> <td><input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada</td> <td><input type="checkbox"/> Notas de Compañero</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios</td> <td><input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica</td> <td><input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos</td> <td><input type="checkbox"/> Asistencia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia</td> <td><input type="checkbox"/> Diagnostico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento</td> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fechas: _____</p> <hr/> <p>Propósito de Divulgación: <input type="checkbox"/> Coordinación de Atención <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <hr/> <p>Información Sensible - Esta información no se divulgará a menos que el paciente firme con sus iniciales.</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de Crisis ____ <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de la Unidad de Manejo de Síndrome/Síntomas de Abstinencia ____</p> <p><input type="checkbox"/> Consumo de Sustancias y/o Alcohol ____ <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento Residencial Transitorio ____</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen de la Unidad del Tratamiento Agudo ____ <input type="checkbox"/> Información Relacionada con el VIH/SIDA ____</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad Transmitido Sexualmente ____</p>	<input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología	<input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada	<input type="checkbox"/> Notas de Compañero	<input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios	<input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta	<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)	<input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia	<input type="checkbox"/> Diagnostico	<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología														
<input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada	<input type="checkbox"/> Notas de Compañero														
<input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios	<input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta														
<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)														
<input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Asistencia														
<input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia	<input type="checkbox"/> Diagnostico														
<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____														



<p>____ Defensor de Victimas</p> <p>Nombre:</p> <p>Teléfono:</p> <p>Fax:</p> <p>Fecha:</p>	<p>Información que se Divulgara:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio</td> <td><input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada</td> <td><input type="checkbox"/> Notas de Compañero</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios</td> <td><input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica</td> <td><input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos</td> <td><input type="checkbox"/> Asistencia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia</td> <td><input type="checkbox"/> Diagnostico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento</td> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fecha: _____</td> </tr> </table> <p>Propósito de Divulgación: <input type="checkbox"/> Coordinación de Atención <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <hr/> <p>Información Sensible - Esta información no se divulgará a menos que el paciente firme con sus iniciales.</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de Crisis ____ <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de la Unidad de Manejo de Síndrome/Síntomas de Abstinencia ____</p> <p><input type="checkbox"/> Consumo de Sustancias y/o Alcohol ____ <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento Residencial Transitorio ____</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen de la Unidad del Tratamiento Agudo ____ <input type="checkbox"/> Información Relacionada con el VIH/SIDA ____</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad Transmitido Sexualmente ____</p>	<input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología	<input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada	<input type="checkbox"/> Notas de Compañero	<input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios	<input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta	<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)	<input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia	<input type="checkbox"/> Diagnostico	<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fecha: _____	
<input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología																
<input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada	<input type="checkbox"/> Notas de Compañero																
<input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios	<input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta																
<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)																
<input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Asistencia																
<input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia	<input type="checkbox"/> Diagnostico																
<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____																
<input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fecha: _____																	
<p>____ Miembro(s) de la Familia</p> <p>Nombre:</p> <p>Teléfono:</p> <p>Fax:</p> <p>Fecha:</p>	<p>Información que se Divulgara:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio</td> <td><input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada</td> <td><input type="checkbox"/> Notas de Compañero</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios</td> <td><input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica</td> <td><input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos</td> <td><input type="checkbox"/> Asistencia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia</td> <td><input type="checkbox"/> Diagnostico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento</td> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fechas: _____</td> </tr> </table> <p>Propósito de Divulgación: <input type="checkbox"/> Coordinación de Atención <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <hr/> <p>Información Sensible - Esta información no se divulgará a menos que el paciente firme con sus iniciales.</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de Crisis ____ <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de la Unidad de Manejo de Síndrome/Síntomas de Abstinencia ____</p> <p><input type="checkbox"/> Consumo de Sustancias y/o Alcohol ____ <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento Residencial Transitorio ____</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen de la Unidad del Tratamiento Agudo ____ <input type="checkbox"/> Información Relacionada con el VIH/SIDA ____</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad Transmitido Sexualmente ____</p>	<input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología	<input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada	<input type="checkbox"/> Notas de Compañero	<input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios	<input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta	<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)	<input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia	<input type="checkbox"/> Diagnostico	<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fechas: _____	
<input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología																
<input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada	<input type="checkbox"/> Notas de Compañero																
<input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios	<input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta																
<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)																
<input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Asistencia																
<input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia	<input type="checkbox"/> Diagnostico																
<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____																
<input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fechas: _____																	
<p>____ Contacto de Emergencia</p> <p>Nombre:</p> <p>Teléfono:</p> <p>Fax:</p> <p>Fecha:</p>	<p>Información que se Divulgara:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio</td> <td><input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada</td> <td><input type="checkbox"/> Notas de Compañero</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios</td> <td><input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica</td> <td><input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos</td> <td><input type="checkbox"/> Asistencia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia</td> <td><input type="checkbox"/> Diagnostico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento</td> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fechas: _____</td> </tr> </table> <p>Propósito de Divulgación: <input type="checkbox"/> Coordinación de Atención <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <hr/> <p>Información Sensible - Esta información no se divulgará a menos que el paciente firme con sus iniciales.</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de Crisis ____ <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de la Unidad de Manejo de Síndrome/Síntomas de Abstinencia ____</p> <p><input type="checkbox"/> Consumo de Sustancias y/o Alcohol ____ <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento Residencial Transitorio ____</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen de la Unidad del Tratamiento Agudo ____ <input type="checkbox"/> Información Relacionada con el VIH/SIDA ____</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad Transmitido Sexualmente ____</p>	<input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología	<input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada	<input type="checkbox"/> Notas de Compañero	<input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios	<input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta	<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)	<input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia	<input type="checkbox"/> Diagnostico	<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fechas: _____	
<input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología																
<input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada	<input type="checkbox"/> Notas de Compañero																
<input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios	<input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta																
<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)																
<input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Asistencia																
<input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia	<input type="checkbox"/> Diagnostico																
<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____																
<input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas: _____ Hasta que Fechas: _____																	

____ Otra	Información que se Divulgará:	
Nombre:	<input type="checkbox"/> Informe de Tratamiento Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología
	<input type="checkbox"/> Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada	<input type="checkbox"/> Notas de Compañero
	<input type="checkbox"/> Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios	<input type="checkbox"/> Resumen/Notas de cuando le dieron de alta
Teléfono:	<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)
	<input type="checkbox"/> Notas de Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Asistencia
	<input type="checkbox"/> Notas de Progreso de Terapia	<input type="checkbox"/> Diagnostico
Fax:	<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: _____
	<input type="checkbox"/> Historial Médico Completo/ De que Fechas : _____ Hasta que Fechas: _____	
Fecha:	Propósito de Divulgación: <input type="checkbox"/> Coordinación de Atención <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Otro: _____	
	Información Sensible - Esta información no se divulgará a menos que el paciente firme con sus iniciales.	
	<input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de Crisis ____	<input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento de la Unidad de Manejo de Síndrome/Síntomas de Abstinencia ____
	<input type="checkbox"/> Consumo de Sustancias y/o Alcohol ____	<input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento Residencial Transitorio ____
	<input type="checkbox"/> Resumen de la Unidad del Tratamiento Agudo ____	<input type="checkbox"/> Información Relacionada con el VIH/SIDA ____
	<input type="checkbox"/> Enfermedad Transmitido Sexualmente ____	

Autorización:

Generalmente, las leyes prohíben a una entidad cubierta como Valley-Wide Health Systems usar o divulgar información de salud protegida (PHI) a menos que lo autoricen individuos, excepto cuando esta prohibición resulte en una interferencia innecesaria con el acceso a atención médica de calidad o con otros beneficios públicos importantes o prioridades nacionales. El fácil acceso al tratamiento y el pago eficiente de atención médica, ambos requieren el uso y divulgación de información de salud protegida, son esenciales para el funcionamiento eficaz del sistema de la atención médica. Además, ciertas operaciones de atención médica- como actividades administrativas, financieras, legales y de mejoramiento de calidad- realizadas por o para proveedores de atención médica y planes de salud, son esenciales para respaldar el tratamiento y el pago. Para evitar interferir con el acceso de un individuo a una atención médica de calidad o el pago eficiente de dicha atención médica, la Regla de Privacidad de HIPAA permite que una entidad cubierta use y divulgue información de salud protegida, con ciertos límites y protecciones, para tratamiento, pago, y actividades de operaciones de atención médica.

42 C.F.R. Parte 2: Entiendo que mis registros de tratamiento de alcohol y/o drogas están protegidos bajo las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los Registros de Pacientes de Abuso de Alcohol y Drogas, 42 C.F.R. Parte 2, y no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que las regulaciones dispongan lo contrario, excepto en el caso de una emergencia de buena fe. Para violaciones del 42 CFR Parte 2, bajo el 42 CFR Parte 2, tengo el derecho de solicitar una lista de las divulgaciones que se han realizado/hecho de conformidad con la designación general. Puedo comunicarme con el Fiscal Federal de los Estados Unidos para Colorado en 1801 California Street, Suite 1600, Denver CO 80202, 1-303-454-0100.

Re divulgación: Entiendo que la información proporcionada en base a esta Autorización puede ser re-revelada/volver a divulgar a otra parte por el destinatario autorizado y que Valley-Wide no tiene control sobre la divulgación adicional y no puede proteger la información después de que se divulgue en base a esta Autorización. Es posible que la información solicitada no esté protegida de nuevas divulgaciones por parte de las partes a las que se le divulga y ya no está protegida por las leyes federales de privacidad. Sin embargo, si esta información está protegida por el Reglamento Federal de Confidencialidad por Abuso de Sustancias (42 CFR parte 2), la parte a la que se le divulga no puede volver a revelar dicha información sin mi autorización adicional por escrito provista por la ley estatal o federal. sin embargo, si esta información está protegida por el Reglamento Federal de Confidencialidad sobre Abuso de Sustancias (42 CFR parte 2), la parte a la que se le divulga esto no puede volver a divulgar dicha información sin mi autorización adicional por escrito prevista por la ley estatal o federal.

Derecho a Revocar: Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a las agencias o programas autorizados del Grupo de Usuarios del Sistema de Atención, excepto en la medida en que ya se han tomado medidas para cumplir con ella. Entiendo que cualquier revocación solo puede aplicarse a futuras divulgaciones o acciones con respecto a la divulgación de mi información y no puedo cancelar las acciones tomadas o divulgaciones realizadas mientras la autorización estaba vigente.



Acondicionamiento: Entiendo que Valley-Wide puede no condicionar el tratamiento de atención médica, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios a mi ejecución de esta Autorización, excepto para fines de investigación, para servicios realizados únicamente para producir información para un tercero, o inscripción en un plan de salud.

Notas de psicoterapia: La Autorización no es para el uso o divulgación de notas de psicoterapia según se define en HIPAA. Valley-Wide no mantiene notas de psicoterapia como parte del expediente médico.

Certifico que esta solicitud se ha realizado voluntariamente y que la información proporcionada es precisa a mi leal saber y entender. Una copia de esta Autorización ejecutada es tan efectiva como el original.

Esta Autorización es válida por un período de un (1) año. Cada período de un (1) año, el médico y/o los administradores de casos deben recibir autorización por escrito para divulgar información para completar los servicios según lo planeado. Esta Autorización vencerá/expirará un (1) año a partir de la fecha de mi firma o en la fecha que se indica a continuación (sin exceder dos (2) años a partir de la fecha de hoy).

Fecha de Vencimiento: _____

Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización.

OTRAS CONDICIONES:

Una copia de esta autorización o mi firma en la misma puede ser usado con la misma eficacia que un original.

Nombre del Paciente (En letra de molde): _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Representante del Paciente/Guardián/Tutor Legal (En letra de molde): _____ Fecha: _____

Firma del Representante del Paciente/Guardián/Tutor Legal: _____

Fecha: _____

CANCELACIÓN:

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento como se indica en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Valley-Wide, excepto cuando ya se han tomado medidas para obedecerla.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento como se indica en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Valley-Wide, excepto cuando ya se han tomado medidas para obedecerla.

Por el presente revoco esta Autorización para Divulgar Información

Por la presente cancelo la autoridad de Valley-Wide para dar información a:

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Representante del Paciente/Guardián/Tutor Legal: _____ Fecha: _____



Aviso al Destinatario de Información Confidencial

Las reglas federales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de información en este registro que identifique que un paciente tiene o ha tenido un trastorno por uso de sustancias directamente, ya sea mediante referencia a información disponible públicamente, o mediante la verificación de dicha identificación por parte de otra persona, a menos que se permita expresamente una mayor divulgación mediante el consentimiento por escrito del individuo cuya información se está divulgando o según lo permita 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito (ver § 2.31). Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar con respecto a un crimen cualquier paciente con un trastorno del uso de sustancia, excepto según lo proporcionado en §§ 2.12(c)(5) y 2.65.