

Autorización Para Liberar y Obtener Información Confidencial

Por favor complete esta forma si está utilizando un seguro dentro de la red, EAP y / o le gustaría que colaborar con sus otros proveedores.

Yo, _____ (nombre completo), fecha de nacimiento
____ / ____ / _____, autorizo a Pena Centro de Recuperación:

Para liberar:

Obtener de:

Nombre

Dirección

(____) - _____
Número de teléfono

(____) - _____
Fax

A los efectos de:

Seguros / EAP Legal Continuidad de la atención Transferencia de Cuidado Uso personal

Estoy de acuerdo para liberar la siguiente información:

TODOS LOS REGISTROS Diagnóstico Plan de Tratamiento Sesión fechas / horas SOLAMENTE

Notas de progreso Progreso hasta la fecha Síntomas Pronóstico

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ha sido tomada en relación con él y que cualquier caso este consentimiento expirará 90 días después de la fecha de las descargas del cliente, a menos que se especifique otra fecha.

La especificación de la fecha, evento o condición sobre la cual este consentimiento expira: _____

Yo entiendo que la información médica divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y que la Regla de Privacidad Federal ya no puede proteger dicha información, aunque la re- la revelación de tal información puede ser protegido por la ley aplicable.

Nombre Impreso Del Cliente

Firma y Fecha Del Cliente

Nombre Impreso Del Tutor Legal (si el cliente es menor de 18 años)

El Tutor Legal de la Firma (si el cliente es menor de 18 años) y Fecha