

Consentimiento

Información del cliente

Nombre del cliente	
Número del cliente	
Fecha de Nacimiento del cliente	

Parte que revela la información - Con mi firma en esta Autorización, doy permiso para que se usen y se revelen documentos sobre mí según se describe a continuación

Autorizo a la siguiente entidad a que revele la información sobre mi salud de conformidad con esta Autorización	
---	--

Parte receptora de la información

Autorizo el uso o la revelación de la información sobre mi salud a la siguiente entidad	
---	--

Fecha de vencimiento

Esta autorización vence en la siguiente fecha si no ha sido debidamente revocada antes	
--	--

Información de salud que se va a revelar

Todos los documentos	<input type="checkbox"/>	Documentos de fechas específicas	<input type="checkbox"/>
Documentos obtenidos de otros proveedores	<input type="checkbox"/>	Fecha inicial	Fecha final
Documentos generales	<input type="checkbox"/> Perfil del cliente <input type="checkbox"/> Elegibilidad financiera		
Documentos de Salud mental	<input type="checkbox"/> Valoraciones de salud mental <input type="checkbox"/> Diagnóstico de salud mental <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento de salud mental <input type="checkbox"/> Nota de progreso de salud mental <input type="checkbox"/> Servicios ordenados por el tribunal		<input type="checkbox"/> YES Programa Elegibilidad Clínica <input type="checkbox"/> YES Programa Autorizaciones del plan de Servicio Individual <input type="checkbox"/> YES Programa Servicio Notas <input type="checkbox"/> YES Programa Valoraciones

Documentos de Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Admisión/Descargo	<input type="checkbox"/> Valoraciones	<input type="checkbox"/> Inicio/Fin de los servicios
	<input type="checkbox"/> Seguimiento del descargo	<input type="checkbox"/> Medicaciones	<input type="checkbox"/> Servicios residenciales
	<input type="checkbox"/> Inscripción en la lista de espera	<input type="checkbox"/> Caso abierto/Caso cerrado	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio/exámenes
	<input type="checkbox"/> Notas	<input type="checkbox"/> Sumario del descargo	<input type="checkbox"/> Referidos
	<input type="checkbox"/> Cribado	<input type="checkbox"/> Plan de descargo	<input type="checkbox"/> Planes de tratamiento
	<input type="checkbox"/> Solicitudes/Autorizaciones de servicio	<input type="checkbox"/> Revisiones del plan de tratamiento	<input type="checkbox"/> Otros _____
	<input type="checkbox"/> RSS Pre-Inscripción	<input type="checkbox"/> RSS Inscripción	<input type="checkbox"/> RSS Notas de Estado
	<input type="checkbox"/> RSS Engagement Estado	<input type="checkbox"/> RSS Recuperación Seguimiento	<input type="checkbox"/> RSS Planes de Recuperación
	<input type="checkbox"/> RSS Evaluación del Capital de Recuperación	<input type="checkbox"/> Referidos de la cesación del Tabaco	<input type="checkbox"/>

Propósito de la Autorización - Autorizo el uso o la revelación de la información sobre mi salud como se expone en esta Autorización para los siguientes propósitos:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> La derivación a otro programa o proveedor | <input type="checkbox"/> Para pagos de seguro por mis servicios |
| <input type="checkbox"/> La continuidad de la atención médica | <input type="checkbox"/> Para propósitos de justicia penal |
| <input type="checkbox"/> Actividades de supervisión de la salud | <input type="checkbox"/> Otros Propósito _____ |

Firmas

Parte, distinta del cliente, que firma la autorización		<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Firma del cliente	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
Firma del representante legalmente autorizado	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>