



BLUE STONE COUNSELING LLC
10040 N. PORT WASHINGTON RD.
MEQUON, WI 53092
(414) 375-9273
EMAIL:
SUSIE@BLUESTONECOUNSELINGLLC.COM
www.BlueStoneCounselingLLC.com

Para la divulgación de información sobre tratamientos de salud mental

Yo, _____ [Nombre del Paciente/Cliente],
Fecha de Nacimiento _____, autorizo a
Blue Stone Counseling/Susan Miller, LPC a revelar y/u obtener de:

(Nombre de Persona o Título de Persona u Organización)

la siguiente información:

Descripción de la información a divulgar

(El paciente/cliente debe poner sus iniciales en cada elemento que se divulgará)

- _____ Evaluación
- _____ Diagnóstico
- _____ Evaluación Psicosocial
- _____ Evaluación psicológica
- _____ Evaluación psiquiátrica
- _____ Plan de tratamiento o resumen
- _____ Actualización del tratamiento actual
- _____ Información sobre el manejo de medicamentos
- _____ Presencia/participación en el tratamiento
- _____ Información médica/de enfermería

Con el propósito:

- _____ Información educativa
- _____ Resumen de alta/transferencia
- _____ Plan de atención continua
- _____ Progreso en el tratamiento
- _____ Información demográfica
- _____ Notas de psicoterapia

Esta información puede usarse o divulgarse en relación con tratamientos de salud mental, pagos u operaciones de atención médica.

Revocación

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando una notificación por escrito a Susan Miller de Blue Stone Counseling. Además, entiendo que una revocación de la autorización no es efectiva en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en la autorización.

Vencimiento

A menos que sea revocada antes, esta autorización vence en la siguiente fecha: _____

Condiciones

Además, entiendo que Blue Stone Counseling LLC no condicionará mi tratamiento a si doy autorización para la divulgación solicitada. Sin embargo, se me ha explicado que no firmar esta autorización puede tener las siguientes consecuencias:

_____ [Inserte una explicación de las consecuencias, si las hubiera, de no firmar esta autorización].

Forma de divulgación

A menos que haya solicitado específicamente por escrito que la divulgación se realice en un formato determinado, nos reservamos el derecho de divulgar información según lo permitido por esta autorización de cualquier manera que consideremos apropiada y consistente con la ley aplicable, incluyendo, pero no limitado a, verbalmente, en formato papel o electrónicamente.

Redivulgación

Entiendo que existe la posibilidad de que la información de salud protegida que se divulga de conformidad con esta autorización pueda volver a divulgarse por parte del destinatario y que la información de salud protegida ya no esté protegida por las regulaciones de privacidad de HIPAA, a menos que se aplique una ley estatal. eso es más estricto que HIPAA y proporciona protecciones de privacidad adicionales.

Puedo imprimir o solicitar una copia de esta autorización para mis registros.

Firma del paciente/cliente **Fecha**

Firma del padre, madre o representante personal **Fecha**

Si firma como representante personal de un individuo, describa su autoridad para actuar en nombre de este individuo (poder notarial, sustituto de atención médica, etc.).

_____ Marque aquí si el paciente/cliente se niega a firmar la autorización

Firma: Susan K Miller, Blue Stone Counseling