

Grace Duarte de Baker, LCSW

Licensed Clinical Social Worker
Psychotherapy for Adults, Children, Couples and Families.
CA 74511 TN 6737
Memphis, TN
(901) 245-2922

Autorización para Utilizar la Información de Salud Protegida

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Con mi firma abajo, yo autorizo a **Grace Duarte de Baker, LCSW**
 a OBTENER información de a REVELAR información a a INTERCAMBIAR información con

Persona de contacto: _____ Organización: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ Fax: _____

Y consiste en la información sobre el cuidado de salud mental, incluyendo:

Evaluación Plan de tratamiento Notas Información de la coordinación de cuidado
 Otra: _____

El propósito para proveer/comunicar esta información es:

Coordinación de cuidado Otra: _____

Yo entiendo que las leyes adicionales sobre la información del tratamiento de la salud mental, VIH/SIDA, la genética, y el alcohol/drogas se pueden aplicar. Yo entiendo y estoy de acuerdo de que la información se proporcionará si coloco mis iniciales en los espacios adecuados.

Inicial: _____ La información de la salud mental

Inicial: _____ Diagnóstico, tratamiento, o información de referencia para las drogas/el alcohol

Inicial: _____ Información de VIH/SIDA

Inicial: _____ Información sobre pruebas genéticas

Otra información

Yo entiendo que no estoy obligado/a a firmar esta autorización. Si me niego a firmarla, no se me prohibirá obtener el tratamiento de Grace Duarte de Baker, LCSW en las áreas de la salud mental o del alcohol/las drogas. La única excepción es si los servicios que busco solamente son para proveer la información de salud a alguien más y la autorización sea necesaria para hacer divulgación.

Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoco esta autorización, la información descrita no va a ser utilizada ni revelada por las razones descritas aquí. Si Grace Duarte de Baker ya ha usado o ha revelado la información, no se puede deshacer. Para recovar esta autorización, puedo pedirle la forma a la oficina de frente o a mi proveedor y devolver la forma completa a mi proveedor o a la oficina de frente.

Yo entiendo que la información usada o revelada como resultado a esta autorización puede ser sujeta a una re-divulgación y ya no puede tener protección bajo la ley federal. Sin embargo, entiendo que la ley federal o estatal puede limitar la re-divulgación de VIH/SIDA, la información de la salud mental, la información de pruebas genéticas, y el diagnóstico, tratamiento, o información de referencia para las drogas/el alcohol.

A menos que se cancele, esta autorización es vigente por 60 días después de haberse completada el tratamiento o:

Firma - He leído esta autorización y la entiendo.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Nombre de Padre/Guardián legal (si cliente es menor de edad) _____

Firma del padre/Guardián legal: _____ Fecha: _____