

AUTORIZATION PARA REVELAR INFORMACION DE SALUD
New Alternatives, Inc.

(Imprima nombre completo)

(Fecha de Nacimiento)

(Seguro Social)

Yo autorizo el uso y la revelación de la información en esta forma del individuo nombrado anteriormente,

Entre: New Alternatives, Inc.
Therapeutic Behavioral Services (TBS)

Y: _____

Yo entiendo que la autorización de la revelación de esta información de salud es voluntaria. Yo me puedo negar a firmar esta autorización. Yo entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que será utilizada o divulgada. Yo entiendo que la revelación de esta información carga con el potencial de una revelación autorizado y que la información no es protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas de la revelación de mi información de salud yo puedo contactar al Directora del Programa TBS, al (619) 615-0701.

La revelación de información de salud y archivos autorizados aquí son requeridos para el propósito de lo siguiente: Determinación de elegibilidad para el Programa de Servicios Terapéuticos de Conducta (TBS) y/o para entregarse a TBS.

Yo solicito la siguiente información específico sea revelada:

☒ Diagnostico(s)
☒ Evaluación de Salud Mental
☒ Reportes Trimestral
☒ Evaluación Psicológica
☒ Información Legal

☒ Resumen de Admisión/Alta
☐ Examen Físico e Historia
☒ Plan de Tratamiento/ Plan de Servicio
☒ Evaluación Psiquiátrico
☒ Otro: Intercambio de información necesaria
para evaluar y/o implementar TBS.

Yo entiendo que tengo el derecho de renunciar a esta autorización en cualquier momento. Yo entiendo que si renuncio a esta autorización, tendré que someter y presentar una carta escrita a: Directora del Programa TBS. Yo entiendo que la revocación no aplicará a información que ya se ha liberado en la respuesta a esta autorización. A menos que de otro modo revocara, esta autorización expira en la fecha siguiente, evento o condición: Un año.

Yo concuerdo que una fotocopia o fax de esta autorización será igual de efectiva al original.

(Firma del cliente)

(Fecha)

(Firma del Padre/ Tutor Legal)

(Fecha)

(Firma del Testigo)

(Fecha)