



2308 Perimeter Park Drive Suite 100 Atlanta, GA 30341
AtlantaPsychological.com

770.457.5577 770.457.5599

rev 1-7-20

CONSENTIMIENTO & AUTORIZACION PARA DILVULGAR INFORMACION

Yo, _____ autorizo a mi médico a divulgar y obtener de otra persona, información sobre mí, incluida información personal, información sobre salud mental y otra información relevante sobre salud mental protegida (PHI) en el curso de servicios psicológicos.

(Escribe el nombre de su médico de Atlanta Psychological Services) _____

(Escribe el nombre de la persona que recibirá o divulgar la información al médico)

(El método de comunicación puede incluir cualquier método apropiado [correo electrónico encriptado, verbal, correo de EE. UU., Fax] a menos que se especifique lo contrario con su médico.)

Estoy autorizando compartir información individual con el propósito de: evaluación psicológica psicoterapia

(otro) _____

Este consentimiento y autorización para compartir información pertenece a (**marque uno**):

YO o MI HIJO, _____ (fecha de nacimiento _____):

Yo entiendo que esto incluye información relacionada a (marque y ponga sus iniciales a los que aplican):

Todos registros e información (sin exclusiones)

Información de Salud Mental y/o información médica general

Tratamiento de Alcohol/Droga Información relacionada con VIH

Autorizo la divulgación de cualquier informacion que haya obtenido mi médico de otros proveedores.

Afirmación de divulgar: Doy permiso a mi médico para divulgar únicamente la información que he seleccionado en esta forma para el individuo(s) o agencia(s) que he nombrado y solo para los fines designados. Yo entiendo que esta versión es válida hasta un año desde la fecha en que la firme y me puedo negar a firmar esta autorización o revocar esta autorización en cualquier momento. Cualquier revocación o negativa a firmar esta autorización no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o pago o mi elegibilidad para los beneficios. La revocación entrará en vigor el día que se recibe por escrito. Como paciente tengo el derecho a acceder a mis archivos de tratamiento según lo permitido por la ley HIPAA. Las copias de los registros se pueden obtener con un plazo razonable y el pago de los costos de copiado. Además, entiendo que si la persona o entidad que recibe la información especificada anteriormente no es un centro de intercambio profesional de la salud, plan de salud o de atención de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad o un socio de negocios de estas entidades, la información descrita anteriormente puede ser re- revelada y ya no están protegidos por la normativa.

Fecha de expiración: _____

(*para adultos*) Firma del cliente: _____ Fecha: _____

(*para niños*) Firma del Padre/Tutor Responsable: _____ Fecha: _____