



120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030

Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACION/RECIBIR INFORMACIÓN

INFORMACION DEL CLIENTE <i>(Confirme la ortografía correcta del nombre y DOB con el cliente y/o tutor.)</i>			
Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:	Apellido:	Fec Nac:

Este documento autoriza a Pathways Transition Programs, Inc. (PTP) a compartir y/o recibir información por escrito o a través de registros médicos psicológicos, psiquiátricos y generales de contacto telefónico, incluyendo información de uso indebido de sustancias o adicción. La información se compartirá, siguiendo las estatutas del estado de Georgia y las Reglas y Reglamentos Administrativos Federales, con:

INDIVIDUO O AGENCIA	
Nombre:	
Dirección:	Teléfono:
Correo electrónico:	Fax:

REGISTRO MÉDICO		
Autorizado para compartir	PTP puede DIVULGAR esta información a la persona o agencia mencionada anteriormente	PTP puede RECIBIR esta información de la persona o agencia mencionada anteriormente
	<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Todos
	<input type="checkbox"/> Historias Medicas y Físicas	<input type="checkbox"/> Historias Medicas y Físicas
	<input type="checkbox"/> Resultados de la prueba de drogas	<input type="checkbox"/> Resultados de la prueba de drogas
	<input type="checkbox"/> Informe de evaluación	<input type="checkbox"/> Informe de evaluación
	<input type="checkbox"/> Informes de pruebas psicológicas	<input type="checkbox"/> Informes de pruebas psicológicas.
	<input type="checkbox"/> Informes de pruebas psiquiátricas	<input type="checkbox"/> Informes de pruebas psiquiátricas
	<input type="checkbox"/> Resumen de cierre	<input type="checkbox"/> Resumen de cierre
	<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Resumen de alta
	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Notas de progreso
	<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento	<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento
	<input type="checkbox"/> Datos de facturación	<input type="checkbox"/> Expediente educativo
	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Otro:

¿PROPÓSITO DE COMPARTIR INFORMACION?			
¿Registros para que proposito?	<input type="checkbox"/> Tratamiento continuo	<input type="checkbox"/> Planificación de casos	Otro:

DURACIÓN DE LA INFORMACION COMPARTIDA			
¿Registros compartidos por cuanto tiempo?	<input type="checkbox"/> Una vez	<input type="checkbox"/> Un año	Continuo hasta:

Si esta autorización para compartir información es para la evaluación psicológica ordenada por la corte, la evaluación se utilizará como evidencia en la corte. La información compartida le ira a la agencia o abogado de referencia; puede solicitar información a esa agencia o abogado. Su consentimiento puede ser retirado en cualquier momento, pero no podemos recordar información que ya hemos compartido para cumplir con su consentimiento.

La redistribución de la información confidencial está prohibida

La información divulgada está protegida por las Reglas Federales que rigen las reglas de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las Reglas Federales prohíben a los destinatarios hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que el sujeto del material proporcione permiso adicional por escrito (42 CFR Parte 2). Esta autorización general para la divulgación de información médica u otra información no es suficiente para este propósito. Además, las Reglas Federales restringen cualquier uso de esta información para investigar o procesar criminalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:	Apellido:	Fec Nac:
---------	-----------------------------	-----------	----------

Soy un adulto, mayor de 18 años; Yo soy el cliente	<input type="checkbox"/>
El cliente es menor de edad; Soy el padre del cliente	<input type="checkbox"/>
El cliente es menor de edad; Soy el tutor legal del cliente	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/> Por favor, explique

Leí este documento. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas; entiendo toda la información proporcionada aquí. Si tengo preguntas sobre cualquiera de este contenido en el futuro, le preguntaré a mi médico.

Firma del cliente/padre/tutor Nombre de impresión Fecha

Firma y Credenciales del Representante de PTP Nombre de impresión y título Fecha