

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR/RECIBIR INFORMACIÓN

Montgomery County Department of Health and Human Services



Área del Programa/Servicio _____
 Dirección _____ Teléfono _____
 FAX _____

Por favor use letra de molde para toda la información. Use una hoja separada para cada persona o agencia.

Cliente Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-------------------------	---------------	-----------------------------------	----------------------------	---

1. El arriba mencionado programa del Montgomery County Department of Health and Human Services (DHHS) (Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery) tiene mi permiso para:

enviar a o recibir de o discutir verbalmente la información verificada abajo con:

Agencia/Individuo: _____
 Dirección: _____

2. Ponga una inicial en todos los temas cubiertos por esta liberación.

- _____ **Reconocimiento de haber recibido servicios**
- _____ **Expediente o Record completo del programa (incluye todos los temas de abajo)**
- _____ Evaluación de Admisión _____ Plan de Tratamiento _____ Notas de Progreso _____ Diagnóstico
- _____ Evaluación Siquiátrica _____ Resumen de Servicios _____ Evaluación Sicológica
- _____ Resultados de Laboratorio _____ Expediente de Medicación _____ Antecedentes y Examen Físico.
- _____ **Archivos sobre tratamiento recibido por alcohol u otras drogas. Especifique abajo y adjunte la "Nota para prohibir que archivos sean divulgados nuevamente".**
- _____ Resumen de los resultados de los exámenes, e historia
- _____ Resumen del progreso, y de cumplimiento de tratamiento y plan de servicio
- _____ **Otros (especifique)** _____
- _____ **Expedientes enviados a DHHS de otros proveedores y contenidos en el expediente del programa.**

3. Razón por la que se comparte esta información _____

4. Esta autorización es válida (*Verifique solamente una que no exceda de un año*)

hasta _____ (fecha) por 90 días hasta que se cumplan estas condiciones:

5. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito al personal del programa DHHS. La revocación será efectiva en la fecha que sea recibida por DHHS y no aplica a la información que ya haya sido usada o revelada. DHHS no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para las prestaciones de servicios basándose en que firme esta autorización, a menos que una autorización sea requerida para determinar la elegibilidad para servicios o beneficios. Entiendo que si las personas u organizaciones que autorice a recibir y/o usar mi información de salud no están sujetas a las leyes de privacidad federales o Estatales, esta información pudiera ya no estar protegida y podría ser revelada. Yo entiendo que si esta autorización se refiere a los archivos sobre el tratamiento por alcohol u otras drogas protegidos por las regulaciones federales citadas en la parte 2 del 42 CFR, yo puedo oralmente revocar esta autorización, y mis archivos no podrán ser divulgados nuevamente sin mi consentimiento escrito, o en las maneras permitidas por las regulaciones.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del padre, guardián u otra persona autorizada

Fecha

Si está firmada por otra persona autorizada, por favor describa la autoridad para actuar a nombre del cliente.

Firma del miembro del personal de DHHS

Fecha