Centro MindSource
7345 E Tanque Verde Rd
Tucson, AZ 85715
Teléfono: 520-296-7766
Fax: 520-296-2301
Sitio Web: www.mindsourcecentre.com

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD

Un lanzamiento individual de la información debe ser llenado para cada individuo u organización que se suelta o recibir información de salud protegida. La solicitud de petición de lanzamiento pueden ser realizadas en persona, por correo o por fax, a menos que se indique lo contrario.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento:_____
Número de la Seguridad Social:_____ •

La mencionada paciente o tutor legal autorizado herby Stephen Streitfeld MD y el personal del Centro MindSource a: [ ] revelar a, [ ] Obtener, o [ ] intercambiar información con:

Nombre de la organización o persona:_____
Dirección:
_____ City_____ Estado:_____
Número de teléfono:_____ Número de Fax:_____ •

Además de la autorización general de registros y la información relacionada con la salud, autorizo la liberación de los registros se describe de la siguiente manera:

1. [ ] SÍ [ ] NO psiquiátrica y psicológica información incluyendo el diagnóstico o el tratamiento.
2. [ ] SÍ [ ] NO HAY adicción, el abuso de drogas, alcohol o tratamiento.
3. [ ] SÍ [ ] NO HAY comunicación verbal entre los MindSource Center & personas mencionadas anteriormente.
4. [ ] SÍ [ ] NO Intercambio de informaciones sobre enfermedades transmisibles, incluidos los archivos, las pruebas, el diagnóstico o tratamiento de la infección por el VIH, las enfermedades relacionadas con el VIH, el SIDA y enfermedades relacionadas con el SIDA.
5. [ ] SÍ [ ] NO los resultados de los análisis de laboratorio, patología diapositivas, vídeos, fotografías, radiografías, o otros los resultados de las imágenes para el diagnóstico.
6. [ ] SÍ [ ] NO HAY Facturación o información financiera.

Revelación de esta información es para el propósito de: [ ] atención continuada, [ ] cambiar de proveedores, [ ] Cuestión jurídica, [ ] Escuela, [ ] [ ] Empleo, Pago de Servicios, [ ] Otros:_____

Tengo entendido que mis registros y la información sobre la salud están protegidos en virtud de la normativa federal relativas a la confidencialidad del Abuso del Alcohol y de las Drogas registros de pacientes, 42 CFT Parte 2, y no podrá ser revelada sin el consentimiento por escrito a menos que se indique lo contrario en las condiciones previstas en la normativa. También entiendo que esta autorización es válida por un (1) año a partir de la fecha de la firma y puede ser revocado mediante notificación por escrito en cualquier momento. Entiendo que no puedo revocar esta autorización con carácter retroactivo para obtener información que ya ha sido liberado. Una fotocopia de esta autorización puede ser tratado como el original. Tengo entendido que la información protegida de la salud usar o divulgar por esta autorización puede estar sujeta a re-revelación por parte del destinatario y ya no pueden ser protegidos.

La puesta en libertad de la información serán aceptadas sólo si todos los elementos se han completado. Liberación de los registros o la información puede estar sujeta a un cargo adicional.

_____ _____ _____
Fecha Firma del paciente o tutor Testimonio