



**PsycHealth Care Management, LLC.  
Autorización Para Revelar E Obtener Información**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Dirección de Paciente: \_\_\_\_\_

Yo autorizo las siguientes organizaciones y/o especialistas para reveler, obtener e intercambiar información:

- PsycHealth, Ltd
- Tratamiento de otros Especialistas Psiquiátricos
- Médico de Cuidado Primario
- Otros Especialistas \_\_\_\_\_

**Información Médico de Cuidado Primario**

Nombre de Medico: _____	Dirección: _____
Teléfono #: _____	
Fax: #: _____	

***Autorización Especial es necesario para compartir Información sobre Salud Mental/ Tratamiento de Abuso de Alcohol y Drogas /VIH/SIDA como es mandado por los gobiernos Estatales y Federales..***

***Favor de escribir sus iniciales para revelar e intercambiar la siguiente información:***

- \_\_\_ Evaluación & Tratamiento Psiquiátrica
- \_\_\_ Datos sobre VIH/SIDA
- \_\_\_ Evaluación & Tratamiento de Abuso de Alcohol/Drogas

Para propósitos de:     Coordinación de Cuidado

**Información Clínica:**

Impresión de diagnóstico:
Medicamentos:
Recomendaciones/ Plan de Tratamiento Sugerido:
Preocupaciones de Coordinación de Cuidado:

Entiendo que es mi derecho de inspeccionar y copiar la información escrita que será revelada. También entiendo que en cualquier momento puedo revocar, en escrito este consentimiento. Sin embargo, aviso escrito no tendrá efecto con la información anteriormente compartido en buena fe. Entiendo que tengo el derecho de no firmar y entonces esta autorización no será válida.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Representante/ Guardian legal

\_\_\_\_\_  
Relacion con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma/Autorizacion

Esta autorización es válida por un (1) año desde la fecha firmada, o se expira en la siguiente fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Una vez completada, por favor enviar por fax (847) 864-9930 o enviar por correo:  
PsycHealth Care Management LLC. P.O. Box 4973, Skokie, Illinois 60076