

PsychHealth 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 revelar, obtener e intercambiar información:

- PsychHealth Tratamiento de otros Especialistas Psiquiátricos
 Médico de Cuidado Primario Otros Especialistas El Padre /Tutor _____

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

 Testigo

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:
 PsychHealth Care Management LLC. P.O. Box 4973, Skokie, Illinois 60076