

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
WYANDOT BEHAVIORAL HEALTH NETWORK, INC. / WYANDOT CENTER / PACES / RSI / KWH
1301 North 47th Street, Kansas City, KS 66102 P: (913) 328 – 4689 F: (913) 563 - 6596

Nombre del cliente: _____ Otros nombres usados: _____

Teléfono #: (_____) _____ - _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

4 últimos dígitos del número de seguro social: _____

***Nombre del partido de divulgación de información / lugar de obtención de información*:**

La Entidad: _____ **Individual:** _____ **Relación:** _____ (_____)

Dirección, Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono: (_____) _____ - _____ **Fax #:** (_____) _____ - _____ **el Correo Electrónico:** _____

***Información para divulgar (Escriba sus iniciales en todas las que correspondan a continuación) *:**

<input type="checkbox"/> Para intercambio de información	<input type="checkbox"/> Revelar información	<input type="checkbox"/> Obtener Información
<input type="checkbox"/> Revisión del Diagnostico	<input type="checkbox"/> Registro Médico Completo	
<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Progreso en el Tratamiento	
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Evaluación Psicosocial	
<input type="checkbox"/> Evaluación Mental	<input type="checkbox"/> Expediente Educativo	
<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Otros (Especificar) _____	
<input type="checkbox"/> Comunicación Verbal y / o Escrita:	<input type="checkbox"/> Notas del Progreso desde ____/____/____ hasta ____/____/____	
<input type="checkbox"/> Clínicos <input type="checkbox"/> Financieros	<input type="checkbox"/> Fechas específicas de la liberación: ____/____/____ hasta ____/____/____	

***El propósito o necesidad de esta divulgación (Escriba sus iniciales en todas las que correspondan a continuación)*:**

Evaluación Logística de Cuidado Procedimientos legales Asignación escolar
 Otro _____

Fecha de caducidad: ____/____/____ *Esta autorización (a menos que expresamente se evoque) permanecerá en vigor hasta la fecha de caducidad o evento designado (no más de un año desde la fecha de la firma). Tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que Wyandot BHN Inc. ya ha tomado medidas en la dependencia de ella. Sólo la información especificada puede ser liberada a la persona / agencia especificado. Información usada o divulgada bajo la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no protegida por la Ley de Privacidad de 1974 (5 USC 552a) Seguro de Salud Ley de Portabilidad Regla de Privacidad (45 CFR Parte 164). Wyandot BHN Inc. no puede garantizar que el destinatario mantendrá la confidencialidad de esta información que ha autorizado para ser divulgada.*

Nombre impreso del Cliente / Padre / Tutor / Representante **(Relación con la Cliente)**

Firma del Cliente / Padre / Tutor / Representante (_____/_____/_____) Fecha

Firma del testigo (_____/_____/_____) Fecha

*** Inicial del Cliente /Padre /Tutor /Representante *:** _____ **Doy mi consentimiento para que mi proveedor de WBHN sea testigo de este documento.**

***Al firmar este documento, usted reconoce que la información sensible en cuanto al tratamiento de abuso de alcohol / drogas / referencias, las enfermedades de transmisión sexual; información sobre la salud mental y / o tratamiento relacionados con el VIH / SIDA o el estado podrían ser incluidos en su expediente y puede ser revelada como resultado de su ejecución de esta autorización. ***

Aviso al destinatario: PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN

Esta información ha sido divulgada de registros médicos cuya confidencialidad está protegida por la ley federal. Leyes y regulaciones federales no protegen la información sobre la sospecha de abuso infantil o negligencia de ser reportada bajo la ley estatal a las autoridades estatales o locales. (Vía 42 USC 290dd-3 y 42 USC 290ee-3 y el Título 42 del Código de Regulaciones Federales). Las regulaciones federales (42 CFR Parte 2) le prohíben hacer cualquier otra revelación de estos registros sin el consentimiento por escrito específico de la persona a quien pertenece, o según lo permitido por dichas normas. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra cualidad NO es suficiente para este propósito. 42 CFR Parte 2 restringe el uso de la información de abuso de sustancias a investigación criminal o procesar a cualquier paciente alcohol o abuso de drogas.

Para WBHN uso interno De Archivos (File) Enviar los Registros (Send Records) Correo ROI (Get Records) **12/20**

Registros solicitados por el personal

Chart #