



Autorização para Obter e Divulgar Informações

Nome do cliente: _____ Data de nascimento: _____ MR# _____
(Último) (Primeiro)

Isto autorizará o Community Partners of South Florida a divulgar e/ou obter de: _____

Nome da Pessoa ou Organização e morada

Com o objetivo de melhorar a avaliação e o planejamento do tratamento e partilhar informações relevantes para coordenar os cuidados, isto autoriza a comunicação verbal entre as partes acima e autoriza a entrada na instalação com o propósito de prestar serviços.

Descrição das informações a divulgar (por favor, risque qualquer informação que não queira Divulgada):

Avaliações, Plano de Tratamento, Resumo do Progresso, Nota de Progresso(s), Resumo de Quitação/Transferência, Outros (especificar) _____

Descrição das Informações a Obter (por favor, risque qualquer informação que não queira obter):

Enfermagem/Informação Médica, Registo de Medicação, Plano de Tratamento, Informação de Educação (IEP, Psico-Emocional, Relatórios de Progresso, etc.), Relatórios Disciplinares Escolares, Relatórios Toxicológicos/Lista de Fármacos, Resumo do Progresso/Notas, Avaliações, Avaliação Psiquiátrica, Avaliação Psicológica, Resumo da Alta/Transferência, Outros (especificar) _____

Sei que os meus registos de tratamento comportamental de saúde estão protegidos de acordo com os regulamentos federais que cobrem a confidencialidade dos registos de pacientes com abuso de drogas e álcool, 42 Código de Regulamento (QCR) Parte 2 e Lei de Portabilidade e Prestação de Contas dos Seguros de Saúde de 1996 (HIPAA) 45 CFR Partes 160 e 164, CAPÍTULOS FL 394 e 397, e não pode ser divulgado sem o meu consentimento escrito, salvo indicação em contrário nos regulamentos.

Também entendo que eu posso revogar este consentimento por escrito, exceto na medida em que a ação já tenha sido tomada em relação à sua remarcação, e que, em qualquer caso, esta autorização expira automaticamente após um ano, salvo indicação em contrário aqui: _____

Compreendo que o Parent-Child Center não condicionará o meu tratamento sobre se dou ou não autorização para a divulgação solicitada. As consequências de recusar assinar esta autorização foram-me explicadas.

Formulário de Divulgação: Entendo que posso solicitar por escrito que a divulgação seja feita num determinado formato, caso contrário a agência reserva-se o direito de divulgar informações conforme permitido por esta autorização de qualquer forma considerada adequada e consistente com a legislação aplicável, incluindo, mas não se limitando a verbalmente, escrita, fac-simile ou eletronicamente.

Patent Child Center, Inc. e a Housing Partnership, Inc., ao abrigo do Acordo de Gestão d/b/a Community Partners, pode divulgar todas e quaisquer informações do cliente, tal como delineadas na Business Associate Addendum mutuamente executada, conforme autorizado por lei relacionada com divulgações de tratamento, pagamentos, operações de cuidados de saúde, e execução de determinadas funções de seguro.

Divulgação: Esta informação foi-lhe divulgada a partir de registos cuja confidencialidade está protegida nos termos da 42 CFR Parte 2, do regulamento 45 CFR e dos Estatutos da Florida 394.4615, do Código Administrativo da Florida 65ES5.250 e do Capítulo 397 da FL. Qualquer nova divulgação é estritamente proibida a menos que o cliente forneça uma autorização escrita específica para a divulgação posterior desta informação. A Lei da Flórida exige que qualquer pessoa, agência ou entidade que receba informações mantenha tais informações como confidencial e isenta das disposições da lei dos registos públicos. Não vamos divulgar nenhuma informação de saúde protegida recebida de outras partes, que possam estar presentes no seu registo.

Nome do cliente Assinatura do Cliente Data

Nome do pai ou mãe/guardião legal Assinatura do pai ou mãe/guardião legal Data

Nome da Testemunha Assinatura da Testemunha Data