



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:	Fecha:
SSN:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Número de teléfono:

PROPOCIONAR A

Yo autorizo a BEHAVIORAL COLLABORATIVE CARE SOLUTIONS; a proporcionar la informacion de salud coma se indicada a continuacion a ser liberada Y para proposito de formas alternas de comunicaci6n confidencial el uso de la siguiente direccion de correo electronico:

Nombre de la persona/organizaci6n:	
Direcci6n:	
Número de teléfono:	Direcci6n de correo electr6nico:

BEHAVIORAL COLLABORATIVE CARE SOLUTIONS (BCCS) ofrece a los pacientes la oportunidad de comunicarse por correo electrónico. La transmisi6n de la informaci6n del paciente por correo electr6nico tiene una serie de riesgos que los pacientes deben considerar antes de conceder su consentimiento para usar el correo electr6nico para estos fines. BCCS utilizará medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la informaci6n de correo electr6nico enviada y recibida. Sin embargo, BCCS no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicaci6n por correo electr6nico y no será responsable de la divulgaci6n involuntaria de informaci6n confidencial. Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con la comunicaci6n por correo electr6nico y doy mi consentimiento a las condiciones descritas en este documento. Cualquier pregunta que haya tenido fue respondida.

PROPOSITO DE ENTREGA

INFORMACION A SER RELEVADA

<input type="checkbox"/> Continuidad de la Atencion	<input type="checkbox"/> Legal	<input type="checkbox"/> Record Medico Completo	<input type="checkbox"/> Reporte Laboratorio
<input type="checkbox"/> Seguro	<input type="checkbox"/> Uso Personal	<input type="checkbox"/> Reportes de Patologia	<input type="checkbox"/> Reportes Operativo
<input type="checkbox"/> Otros Propositos (especifique aqui)		<input type="checkbox"/> Otros Propositos (especifique aqui)	<input type="checkbox"/> Reportes de Radiologia
_____		_____	

AUTORIZACIONES ESPECIFICAS

The Following Information will not be released unless you specifically authorize it by marking the relevant box(es) below:

<input type="checkbox"/> Abuso o Tratamiento de Droga/Alcohol	<input type="checkbox"/> Informacion de Pruebas Geneticas
<input type="checkbox"/> Resultados o Diagnosticos de VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Tratamientos de Salud Mental o Notas de Psicoterapia
Enfremedades de Transmision Sexual	(la publicaci6n de notas de psicoterapia requiere una autorizaci6n separada)

Este consentimiento está sujeto a revocaci6n en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado la medida en que se haya tomado la medida al respecto. Esta autorizaci6n y consentimiento expirará un año a partir de la fecha de autorizaci6n escrita a continuaci6n. Su atenci6n médica (o pago por atenci6n médica) no se verá afectada por si usted firma o no esta autorizaci6n. Una vez que se divicó su informaci6n de atenci6n médica, es posible que el destinatario ya no proteja la redistribuci6n de su informaci6n de atenci6n médica por parte del destinatario.

Firma del paciente: _____
 (tutor/representante legal)

Fecha firmada: _____

Nombre de impresi6n: _____
 (Por favor, imprima)

Relaci6n, si no es Paciente: _____

***si no es la firma del paciente, una copia de la documentaci6n legal que verifique al representante personal del paciente DEBE acompañar la solicitud (es decir, el tutor designado por el tribunal; poder notarial para la atenci6n médica).*