



AUTORIZACIÓN de SIGNATURE HEALTH PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre del Cliente:		
Fecha de nacimiento del Cliente :	Teléfono del Cliente:	Numero de ID del Cliente:

Autorizo a Signature Health, Inc. a liberar a obtener de hacer divulgaciones verbales a

Nombre:	
Dirección:	
Teléfono:	Fax/Correo Electrónico:

A los efectos de: Continuidad de la atención Coordinación de Tratamiento/Servicios
 Cuestiones jurídicas Otros (Por favor especifique) _____

Cantidad de Información que se debe Divulgar/Obtener:
Información de las fechas del _____ a _____

Autorizo la publicación de los siguientes artículos indicados:

Diagnóstico o tratamiento relacionado con el VIH o el SIDA	Notas de progreso del abuso de sustancias	Notas de progreso de la salud mental
Evaluación o resúmenes de la salud mental	Evaluaciones psiquiátricas	Información del manejo de casos
Evaluación o resúmenes de la dependencia a químicos	Registros escolares y observaciones	Resumen de alta medica
Informes de Diagnósticos	Registros de medicamentos	Resultados de pruebas (laboratorio, radiología, patología, prueba de droga detectadas en la orina)
Información de los servicios de la conducta sexual	Listas de asistencia y citas	Información médica
Planes de tratamiento	Otros (Por favor especifique):	

Entiendo y reconozco que la información médica solicitada puede contener información sobre enfermedades físicas y mentales, resultados de la prueba del VIH o diagnóstico, tratamiento del SIDA o de las condiciones relacionadas con el SIDA, y/o el abuso de alcohol y drogas, todos los cuales están protegidos bajo las regulaciones federales o estatales de confidencialidad (42 CFR Part 2; 45 CFR Part 160 et. seq.; O.R.C. § 5122.31; O.R.C. § 3701.243) y no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que se estipule lo contrario en el reglamento.

Entiendo que la información de la salud usada o divulgada de acuerdo a esta autorización puede estar sujeta a ser compartida por la agencia que la recibe y puede que ya no esté protegida bajo la ley. Si no firmo esta autorización, puede resultar en que mi información no sea liberada. Entiendo que ningún tratamiento, pago, inscripción o mi elegibilidad para beneficios se verán afectados si firmo o no esta autorización. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento proporcionando una notificación por escrito a la dirección y a la persona mencionada abajo. Cualquier revocación no se aplicará a la información que ya ha sido liberada en respuesta a esta autorización. A menos que se revoque por escrito de otra manera, esta autorización es válida hasta un año a partir de la fecha de la firma en esta autorización o en la fecha indicada adelante: _____

<hr/> Firma del Cliente	<hr/> Firma del Representante Legal del Cliente
<hr/> Fecha	<hr/> Relación del Representante Legal al Cliente

Puede enviar esta Autorización para Divulgar Información al Departamento de Expedientes Médicos
SH-medicalrecords@shinc.org o por fax al (440-269-2551)
La revocación de la Autorización para Divulgar Información se puede hacer por escrito a:
7232 Justin Way, Mentor, OH 44060, Attn: HIPAA Privacy Officer.

Miembro del personal que está enviando este formulario: _____

Miembro del personal que está presenciando esta firma: _____