

NORTHAMPTON AREA PEDIATRICS, LLP

193 Locust St., Northampton, MA 01060
170 University Dr., Ste. 101, Amherst MA 01002
29 Elm St., South Deerfield, MA 01373
Tel. (413) 584-8700
Fax (413) 584-1714

Pediatric and Adolescent Medicine

Autorización para la divulgación de información del paciente Salud del comportamiento

1. Información del paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Calle: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

2. **Autorización para divulgar:** Autorizo a Northampton Area Pediatrics a recibir y divulgar mi información, incluidas comunicaciones confidenciales, de o hacia la persona, agencia o centro, ya sea verbalmente o por escrito.

Nombre: _____ Atención: _____
Calle: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____ Fax: _____

3. Marque para indicar la información que desea compartir: *(marque todo lo que corresponda)*

- Diagnóstico y tratamiento de salud mental proporcionado por un psiquiatra; psicólogo; especialista en enfermería clínica de salud mental; trabajadores sociales autorizados; todos los demás proveedores de salud mental autorizados.
- Registro completo de salud mental, excluyendo las Notas de Psicoterapia que requieren una autorización por separado
- Registro completo (Salud Médica y Mental) ISPs and IAPs Planes de tratamiento
- Resumen del alta Pruebas neuropsicológicas Resumen de transferencia
- Documentación de admisión Examen físico Informes de laboratorio
- Otro (especifique) / información adicional: _____

4. Fecha de la información que desea compartir: *(especifique fechas)*

Fechas de Información Solicitada: de: _____ al: _____

Northampton Area Pediatrics
Autorización para la divulgación de información del paciente
Salud del comportamiento

Nombre del paciente: _____

5. Por favor ponga sus iniciales para indicar que da permiso para divulgar la siguiente información presente en sus registros:
(ponga sus iniciales en todo lo que corresponda)

Pon tus iniciales aquí: _____ resultados de la prueba de VIH (Se requiere autorización para cada solicitud de liberación)

Pon tus iniciales aquí: _____ Registros de abuso de alcohol y drogas protegidos por las reglas federales de confidencialidad 42 CFR Parte 2. Las reglas federales prohíben cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación esté expresamente permitida mediante autorización escrita de la persona a quien pertenece o según lo permita 42 CFR Parte 2.

6. Propósito de la Liberación: (debe marcar una opción)

Uso personal Coordinar la atención Remisión Facilitar la facturación

Obtener seguros, beneficios financieros u otros beneficios.

Otro propósito (especifique): _____

Entiendo que:

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.
- Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentarlo a Northampton Area Pediatrics en 193 Locust St., Northampton MA 01060 o por fax (413) 584-1714.
- La revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada conforme a esta autorización.
- La revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorga a mi asegurador el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza.
- Una vez que se divulga la información anterior, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por leyes o regulaciones de privacidad federales o estatales.
- Autorizar la divulgación de la información identificada anteriormente es voluntario.
- No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento o servicios de NAP y/o de la otra persona, centro o agencia mencionada; sin embargo, la falta de capacidad para compartir u obtener información puede impedir que NAP y/o la otra persona, centro o agencia nombrada brinden la atención adecuada y necesaria.

Esta autorización caducará (especifique una fecha, período de tiempo o un evento) _____
o, si no se especifica nada, caducará al año de la fecha de su firma.

7. Firma/Autorización: Firme y proporcione la información que se requiere a continuación.

Su firma o la de su representante personal

Fecha

Imprimir nombre del firmante

Se necesita la siguiente información si está firmada por un representante personal:

Tipo de autoridad (por ejemplo, designada por el tribunal, padre con custodia): _____