



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
(Esta autorización es válida para todas las sucursales de Orchard Place)

Orchard Place/Child Guidance Center
808 5th Avenue
Des Moines, IA 50309
515-244-2267
515-244-1922 (fax)

Orchard Place Campus
925 SW Porter Avenue
Des Moines, IA 50315
515-285-6781
515-287-9695 (fax)

Orchard Place/PACE Center
620 8th Street
Des Moines, IA 50309
515-697-5700
515-697-5701 (fax)

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo, autorizo y solicito que: _____
(nombre de la persona/agencia)

para liberar a Orchard Place información desde _____ hasta un año a partir de la fecha en que la autorización es firmada.
(fecha)

- Información Médica
Salud Mental
Otro

- Educación/Información del Desarrollo
VIH o SIDA Información/Diagnostico/Resultados de Exámenes

Estoy de acuerdo en que Orchard Place divulgue la siguiente información a la persona nombrada / agencia anteriormente mencionada:

- Información Médica
Salud Mental
Otro

- Educación/Información del Desarrollo
VIH o SIDA Información/Diagnostico/Resultados de Exámenes

La información que se divulgue solo podrá utilizarse con los siguientes fines:

- Coordinación del Caso y Planificación del Tratamiento/Comunicación
Decisiones acerca de la medicación
Otro

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante una nota escrita a ambas partes. La revocación no afectara ninguna revelación de información que haya ocurrido antes de haber recibido la nota de revocación. Entiendo que mi revocación o el negarme a firmar esta autorización no afectaran mi capacidad de obtener atención médica.

Yo entiendo que tengo el derecho a inspeccionar la información divulgada en cualquier momento, sujeto a las condiciones razonables que puedan establecerse por Orchard Place.

Reconozco que he leído cuidadosamente esta autorización en su totalidad, entiendo su contenido y he firmado esta autorización por voluntad propia. Además reconozco que se me ha ofrecido una copia completa de la presente autorización. Una fotocopia o reproducción exacta de esta autorización tendrá el mismo efecto que el original.

Si esta autorización es firmada por una persona distinta al cliente, esa persona declara que él/ella es el representante legal del cliente y tiene la autoridad para ejecutar esta autorización en nombre de él/ella.

Prohibición de divulgación: Este formulario no autoriza la divulgación de la información médica más allá de los límites de este consentimiento. Cuando se ha revelado información proveniente de archivos protegidos por Leyes Federales y por leyes estatales de archivos de salud mental, requerimientos Federales y requerimientos Estatales (Código de Iowa capítulo 228, Código de Iowa capítulo 125 y Código de Iowa Sección 141A.9) prohíben la revelación adicional sin el consentimiento escrito específico del paciente, o de otra manera permitida por dichas leyes y/o regulaciones. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para estos propósitos.

Consentimiento para usar y divulgar información de salud: Reconozco que la información a revelar puede incluir material protegido por cualquiera de las leyes estatales y/o federales aplicables a la información de salud mental. Mi firma autoriza la divulgación de toda la información especificada anteriormente.
(Firma del cliente o representante personal)
(Relación)
(Testigo)
(Fecha)