



AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION PROFESIONAL DE USO DE SUSTANCIAS
(Esta autorización es válida para todas las sucursales de Orchard Place)

Orchard Place/Child Guidance Center Orchard Place Campus Orchard Place/PACE Center
808 5th Avenue 925 SW Porter Avenue 620 8th Street
Des Moines, IA 50309 Des Moines, IA 50315 Des Moines, IA 50309
515-244-2267 515-285-6781 515-697-5700
515-244-1922 (fax) 515-287-9695 (fax) 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.

- Registros de Uso de Cualquier Sustancia
Diagnostico
Plan de Cuidado Continuo
Contacto de Seguimiento
Resultados/Reporte de Análisis de Orina
Otros
Valoración/Evaluación
Plan de Tratamiento Propuesto
Notas de Progreso
Información Psicosocial
Información de Alta/Compendio/Plan
VIH o SIDA Información/Diagnostico/Resultados de Exámenes

Estoy de acuerdo que Orchard Place revele la siguiente información a los individuos/agencias mencionadas arriba:

- Registros de Uso de Cualquier Sustancia
Diagnostico
Plan de Cuidado Continuo
Contacto de Seguimiento
Resultados/Reporte de Análisis de Orina
Otros
Valoración/Evaluación
Plan de Tratamiento Propuesto
Notas de Progreso
Información Psicosocial
Información de Alta/Compendio/Plan
VIH o SIDA Información/Diagnostico/Resultados de Exámenes

La información que se revelará se deberá utilizar solamente para los propósitos siguientes:

- Coordinación de Caso y Planeación /Comunicación del Tratamiento
Decisiones de Medicamentos
Grafica de Auditoria del Cliente
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.

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)