



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

Orchard Place/Child Guidance  
Center  
808 5<sup>th</sup> Avenue  
Des Moines, IA 50309  
515-242-2267  
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 Juvenile  
Center  
620 8<sup>th</sup> Street  
Des Moines, IA 50309  
515-697-5700  
515-697-5701(fax)

Orchard Place/Integrated  
Health Program  
620 8<sup>th</sup> Street  
Des Moines, IA 50309  
515-256-3450  
515-256-3451(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)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Información Médica | <input type="checkbox"/> Educación/Información del Desarrollo                      |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental       | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA Información/Diagnostico/Resultados de Exámenes |
| <input type="checkbox"/> Otro _____         |  |

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Información Médica | <input type="checkbox"/> Educación/Información del Desarrollo                      |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental       | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA Información/Diagnostico/Resultados de Exámenes |
| <input type="checkbox"/> Otro _____         |  |

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

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Coordinación del Caso y Planificación del Tratamiento/Comunicación |
| <input type="checkbox"/> Decisiones acerca de la medicación                                 |
| <input type="checkbox"/> 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)**

**AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION PROFESIONAL DE USO DE SUSTANCIAS**

(Esta autorización es válida para todas las sucursales de Orchard Place)

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Orchard Place/Child Guidance Center<br>808 5 <sup>th</sup> Avenue<br>Des Moines, IA 50309<br>515-242-2267<br>515-244-1922 (fax) | <input type="checkbox"/> Orchard Place Campus<br>925 SW Porter Avenue<br>Des Moines, IA 50315<br>515-285-6781<br>515-287-9695 (fax) | <input type="checkbox"/> Orchard Place/PACE Juvenile Center<br>620 8 <sup>th</sup> Street<br>Des Moines, IA 50309<br>515-697-5700<br>515-697-5701(fax) | <input type="checkbox"/> Orchard Place/Integrated Health Program<br>620 8 <sup>th</sup> Street<br>Des Moines, IA 50309<br>515-256-3450<br>515-256-3451(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.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registros de Uso de Cualquier Sustancia | <input type="checkbox"/> Valoración/Evaluación              | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA Información/Diagnostico/Resultados |
| <input type="checkbox"/> Diagnostico                             | <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento Propuesto      | <input type="checkbox"/> de Exámenes                                   |
| <input type="checkbox"/> Plan de Cuidado Continuo                | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso                  |  |
| <input type="checkbox"/> Contacto de Seguimiento                 | <input type="checkbox"/> Información Psicosocial            |  |
| <input type="checkbox"/> Resultados/Reporte de Análisis de Orina | <input type="checkbox"/> Información de Alta/Compendio/Plan |  |
| <input type="checkbox"/> Otros _____                             |   |  |

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

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registros de Uso de Cualquier Sustancia | <input type="checkbox"/> Valoración/Evaluación              | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA Información/Diagnostico/Resultados |
| <input type="checkbox"/> Diagnostico                             | <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento Propuesto      | <input type="checkbox"/> de Exámenes                                   |
| <input type="checkbox"/> Plan de Cuidado Continuo                | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso                  |  |
| <input type="checkbox"/> Contacto de Seguimiento                 | <input type="checkbox"/> Información Psicosocial            |  |
| <input type="checkbox"/> Resultados/Reporte de Análisis de Orina | <input type="checkbox"/> Información de Alta/Compendio/Plan |  |
| <input type="checkbox"/> Otros _____                             |   |  |

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

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinación de Caso y Planeación /Comunicación del Tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Decisiones de Medicamentos                                      |
| <input type="checkbox"/> Grafica de Auditoria del Cliente                                |
| <input type="checkbox"/> 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)**