

MINDSOLUTIONS.LLC Persona de contacto: Teléfono:

\_

**AUTORIZACIÓN PARA DEVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Nombre del Cliente Número de Seguro Social Fecha de nacimiento ID del cliente Yo doy permiso al Centro de Salud Mental de Aurora por compartir información entre:

* Adams County DHS  Arapahoe County DHS  Denver County DHS 7401 N. Broadway 1690 W. Littleton Blvd. 1200 Federal Blvd.

Denver, CO 80221 Littleton, CO 80120 Denver, CO 80204

T: 303-412-8112 T. 303.636.1130 T: 720.944.2960

* Aurora Public Schools  Cherry Creek Schools  Developmental Pathways 1085 S. Peoria Street 4700 S. Yosemite St. 11111 E. Mississippi Ave.

Aurora, CO 80011 Greenwood Village, CO 80111 Aurora, CO 80012

T: 303-344-8060 T: 303.773.1184 T: 303.360.6600 F:303.341.0382

* Children’s Hospital Colorado  ARC of Aurora  Denver Public Schools 13123 E. 16th Ave. 1342 S. Chambers Rd. 900 Grant St.

Aurora, CO 80045 Aurora, CO 80017 Denver, CO 80203

T: 720-777-1234 T: 720.213.1420 T:720.423.3200

F: 720.213.1423

* Médico Primari Stride Clinic

La información que puede ser compartido incluye:

☒ Evaluaciones

☒ Exámenes de laboratorio

☒ Planes de servicios

☒ Notas de progreso

☒ Historial de medicamentos

☒ Evaluaciones del psicólogo/psiquiátrico

☒ Historia de educación

☒ Descargue resúmenes

☒ Información del tribunal

* Otra:

Fechas incluye: **☒** Todas las fechas de servicio OR De: hasta

La razón por esta forma es: CONTINUIDAD DE LOS SERVICIOS

YO ENTIENDO que esta posible que la información por divulgación incluye información sobre alcoholismo y abuso de drogas y alcohol; y que esta información está protegida por la ley federal [42 CFR Part 2]. Esta posible que él información que esta divulgado puede incluye información psiquiatra e información sobre condiciones de HIV/AIDS.

YO ENTIENDO que la información que esta divulgado en esta autorización puede ser re-divulgado por el recipiente y no puede ser protegido por el Regulación Intimidad Federal [45 CFR Part 164].

YO ENTIENDO que yo puedo revocar esta autorización en cualquier tiempo cuando yo doy nota escrito al Centro, con la excepción que el Centro ya tenía acción en esta forma. Esta autorización expirará en (fecha), o, si esta blanca, uno año de la fecha de mi firma. Yo le suelto el Centro de toda obligación por la divulgación de esta información.

**YO ENTIENDO que tratamiento, pago, matriculación o elegibilidad por beneficios no son condicional en su firma en esta autorización.**

Iniciales de cliente o Representativo Legal,

**AUTORIZACIÓN PARA DEVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Nombre del Cliente | Número de Seguro Social | Fecha de nacimiento | ID del cliente |

# NOTICIA AL RECIPIENTE DEL INFORMACIÓN

Esta información ha divulgado por usted de los registros que está protegido por las reglas federales de confidencialidad [42CFR Part 2 and 45 CFR Part 164]. Las reglas federales se prohíban a hacer más divulgaciones de esta información a menos que hay divulgación lo que esta permite expresamente por concento escrito de la persona que tiene pertenece o en otro modo permitido a 42 CFR Part 2 o 45 CFR Part 164. Una autorización general por la divulgación para información medical u otra información no está suficiente para este propósito. Las reglas federales restricta cada usa de la información por la causa de una investigación criminal o para procese algún paciente con abusos de alcohol o drogas.

Firma del Cliente o Representativo Legal Fecha

Por favor, impresión el nombre del Representativo Legal Número de teléfono

*Si estas un Representativo Legal, por favor escoja uno:*

*Padre del menor/ Guardián/ Custodio /CASA/ GAL/ MDPOA/ Representativo Personal (Executor del Estado)*

Fecha

Firma del Cliente o Representativo Legal

Por la presente, revoco las organizaciones siguientes en este Autorización para Divulgación Información:

Una copia o facsímile de este Autorización esta valido como el original.