

NORTH CENTRAL BEHAVIORAL HEALTH SYSTEMS, INC.

P.O. Box 1488
LaSalle, IL 61301
815-224-1610

229 Martin Avenue
Canton, IL 61520
309-647-1881

301 E. Jefferson St.
Macomb, IL 35455
309-833-2191

AUTORIZACIÓN DE DIVULGAR

Yo, (nombre completo del cliente) _____ Fecha de Nacimiento: _____ NCBHS ID # _____

Autorizo North Central Behavioral Health Systems, Inc.:

Divulgar a Y/o

Obtener de

Nombre de la persona o de la agencia que recibe o que obtiene la información: _____

Calle/Apartado Postal: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____, _____, _____

Teléfono, incluyendo el código de área: (_____) _____ - _____

FAX (si es aplicable) (_____) _____ - _____

A menos que se especifique lo contrario, marcando una de las casillas, yo autorizo NCBHS a divulgar información por escrito y verbalmente. Marca la casilla correspondiente si decide limitar los medios de comunicación.: Escrito Verbalmente

Al marcar esta casilla, autorizo y solicito a NCBHS divulgar mi información confidencial vía medio electrónico.

Información Específica Que se divulgará (requerido - solamente los artículos comprobados serán lanzados)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen De la Descarga | <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica/ Evaluación de Medicación |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Clínica | <input type="checkbox"/> Información Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de Riesgo | <input type="checkbox"/> Correspondencia |
| <input type="checkbox"/> Evaluación del nivel de atención (LOCA) | <input type="checkbox"/> Evaluación de DUI & Actualización de DUI |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de Emergencia | <input type="checkbox"/> Educación de los Riesgos de DUI |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Periódico de Corte | <input type="checkbox"/> Verificación del tratamiento de la Secretaria del Estado |
| <input type="checkbox"/> Notas De Progreso | <input type="checkbox"/> Info. de la cita(Fechas/Horas/Ubicaciones/Personal/Estado) |
| <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento Individual | <input type="checkbox"/> Otros datos que se enumeran a continuación: |
- _____
- _____

NCBHS no re-divulgara información recibida de otro proveedor o entidad

Indique por favor la fecha del servicio de los registros solicitados, si está sabido: _____

(Nota: A menos que estén solicitados de otra manera, solamente los registros de los últimos doce (12) meses se divulgará)

Propósito o la necesidad de la divulgación: (requerido)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tratamiento Continuoado | <input type="checkbox"/> Informes al sistema legislativo o al DCFS |
| <input type="checkbox"/> Ventajas De Seguro | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Entiendo que:

- ◆ Cualquier información divulgado o solicitada por cualquier persona autorizada o organización no debe de ser revelada sin autorización escrita
- ◆ Esta autorización expirará en la siguiente fecha ____/____/____, un año después de que el cliente y / o tutor firma a continuación o después de la descarga de tratamiento, cualquiera ocurre primero.
- ◆ Esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento mediante la entrega de la revocación por escrito mediante la entrega de la revocación por escrito a la Oficial de Privacidad de excepción en la medida en que se han tomado medidas en relación a lo ya menos que la revelación está permitida, tal como se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad
- ◆ La negativa a autorizar puede ocasionar retrasos, duplicaciones y otros problemas que pueden afectar la calidad de los servicios que ofrece la agencia.
- ◆ Yo tengo el derecho a inspeccionar y copiar la información que debe divulgarse.
- ◆ Las reglamentos federales de los Registros Confidencialidades de Pacientes de Abuso de Alcohol y Drogas y el Departamento de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de Confidencialidad y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Salud, controlan las revelaciones de la información y que se han explicado a mí.

- | | | |
|---|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> Cliente (sobre 12): | _____ | _____ |
| | Firma | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Tutor de cliente debajo de 18: | _____ | _____ |
| | Firma | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Tutor Legal: | _____ | _____ |
| | Firma | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Representante Personal: | _____ | _____ |
| | Firma | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Testigo: | _____ | _____ |
| | Firma | Fecha |

Esta información se solicita de NCBHS en el supuesto de que las tasas de procesamiento no serán evaluados. Si uno se efectuarán cargos, por favor llame al (815) 224-1610 y pida hablar con nuestro Departamento de Archivos Clínicos

Solamente Para El Uso De la Oficina

Por favor Envíe a Archivos

Por favor Solicite Archivos

Para el Archivo

INSTRUCCIONES:

Todas las áreas deben ser completas para que la autorización sea válida. No se puede ser divulgada sin una autorización de divulgación válida.

Escriba su nombre legal completo. Si te han visto en NCBHS con un nombre diferente, por favor, incluya también ese nombre.

Completa su fecha de nacimiento para ayudarnos a asegurarnos de que tenemos el individuo correcto.

Marque la casilla correspondiente que indique autorización a divulgar información, a obtener, o ambos.

Completa la información indicando la persona o agencia de autorización que se enviara a la dirección, el número de teléfono y el número de FAX si es aplicable.

Si desea restringir la divulgación específicamente escrito o verbalmente, marque la casilla aplicable.

Marque la casilla aplicable para revelar la información electrónicamente solo si usted esta autorizando y solicita que su información confidencial será divulgada vía medios electrónicos.

Compruebe la información específica que aplica para la información que desea ser divulgado. Si se necesita información adicional pero no esta en la lista, por favor, marca la casilla "otros" y especifique la información exacta a ser divulgado. Sólo la información marcada será divulgada.

Marque la casilla aplicable que indique el propósito o la necesidad de la divulgación. Si no hay cajas aplicables, marque la casilla "Otros" y especifique el motivo de la solicitud.

Especifique la fecha de servicio si desea divulgar información más o menos de los últimos 12 meses.

Si la autorización se vencerá en una fecha concreta, el mes, día y año se deberá indicarse. Si no indica una fecha específica, la autorización expirará automáticamente un año a partir de la fecha de la firma del cliente/el tutor. En ningún caso la autorización será válida por más de un año calendario. Todas las autorizaciones se quedarán invalidadas cuando un individuo está descargado de un tratamiento con NCBHS.

Firma del cliente, del tutor, representante legal (i.e. Poder Notarial para Atención Médica) o tutor legal y la fecha de su firma debe ser incluida. La firma debe ser atestiguada por un adulto. NCBHS reserva el derecho una firma debe ser notariada si se ha completado la autorización de divulgar fuera de NCBHS.

Firma del testigo y la fecha de su firma es requerida. Todas las fechas de la firma debe ser la misma.

Si se comete un error en el formulario, la información incorrecta debe ser tachada y corregida información rubricado por la persona autorizada. No se aceptarán autorizaciones que tienen información tachados y bloqueó con un corrector líquido.

Las autorizaciones deben completarse en tinta negra. No se aceptarán autorizaciones completadas en lápiz.

Autorizaciones para Divulgar mandados por Fax pueden ser aceptadas por una base temporal. Por favor envía la autorización para divulgar original a NCBHS.