

Nombre del paciente:		Fecha de Nacimiento:	
La Dirección:		Ciudad, Estado, Cremallera:	
Autorizo a todas las ubicaciones de Start Community Health Center, incluidas: 235 Civic Center Blvd. / Houma, LA 70360 / (P) 985-333-2020 (F) 985-851-0162 2300 S. Galvez Street / New Orleans, LA 70125 / (P) 504-332-5713 (F) 504-558-9599 2150 General Pershing Street / Mandeville, LA 70448 / (P) 985-951-4716 (F) 985-951-4706 1505 N. Florida Street / Covington, LA 70433 / (P) 985-900-1626 (F) 985-867-1768 312 E Bayou Road / Thibodaux, LA 70301 / (P) 985-266-0444 x2660 (F) (985) 275-4737 153 N 17 th Street / Baton Rouge, LA 70802 / (P) 225-235-7734 x7734 (F) 225-408-1310			
<input type="checkbox"/> Para liberar y recibir de: <input type="checkbox"/> Para Liberar Solo para: <input type="checkbox"/> Para recibir solo de:			
Nombre:		Relación:	
La Dirección:		Ciudad, Estado, Cremallera:	
Teléfono:		Fax:	
El propósito específico de esta autorización se indica en la(s) casilla(s) a continuación. Marque todo lo que corresponda:			
<input type="checkbox"/> Continuidad del cuidado <input type="checkbox"/> Cambio de proveedores <input type="checkbox"/> Tratamiento relacionado con la investigación <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Elegibilidad/entrada al programa <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> MR/DD servicios <input type="checkbox"/> Creación de información de salud para su divulgación a terceros <input type="checkbox"/> Brindar información sobre mi tratamiento <input type="checkbox"/> Otra:			
Información de salud física			<input type="checkbox"/> No Aplica
Autorizo a que se divulgue u obtenga la siguiente información de salud protegida como se indicó anteriormente. Marque todo lo que corresponda:			
<input type="checkbox"/> Registro completo <input type="checkbox"/> Progreso <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Tratamiento/Exámenes <input type="checkbox"/> Historial médico/detección/evaluación	<input type="checkbox"/> Informes de rayos X <input type="checkbox"/> Informes Quirúrgicos <input type="checkbox"/> Registros e informes hospitalarios <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Evaluación	<input type="checkbox"/> Imágenes/informes de diagnóstico <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio <input type="checkbox"/> Historial médico <input type="checkbox"/> Examen físico anual	<input type="checkbox"/> Servicios dentales <input type="checkbox"/> Atención primaria <input type="checkbox"/> Recetas/Historial <input type="checkbox"/> Otra:
Información Sobre Adicciones y Salud Mental			<input type="checkbox"/> No Aplica
De conformidad con las leyes estatales y/o federales que requieren un permiso especial para divulgar información privilegiada, divulgue los siguientes registros:			
<input type="checkbox"/> Registros de alcoholismo <input type="checkbox"/> Pruebas de alcohol <input type="checkbox"/> Pruebas de drogas <input type="checkbox"/> Fechas de Atención <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento/Recomendacione <input type="checkbox"/> Rehabilitación vocacional	<input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Registros de ETS y VIH <input type="checkbox"/> Registros médicos <input type="checkbox"/> Recetas <input type="checkbox"/> Evaluación de admisión <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Registros de uso de drogas <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> Registros de cuidados posteriores <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Genética <input type="checkbox"/> Notas Individuales/Grupales	<input type="checkbox"/> Registros con notas de psicoterapia <input type="checkbox"/> Registros sin notas de psicoterapia <input type="checkbox"/> Otra:
Información Sobre Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo			<input type="checkbox"/> No Aplica
Autorizo a que se divulgue u obtenga la siguiente información médica protegida como se indicó anteriormente. Marque todo lo que corresponda:			
<input type="checkbox"/> Documentación de entrada <input type="checkbox"/> Evaluación psicológica <input type="checkbox"/> Declaración de aprobación/negación <input type="checkbox"/> Plan de Apoyo al Comportamiento <input type="checkbox"/> Plan de Atención/Apoyo <input type="checkbox"/> Otra:			
Entiendo que mis registros de tratamiento de alcohol y/o drogas están protegidos por las normas federales que rigen la confidencialidad y los registros de pacientes de abuso de drogas, 42 C.F.R. Parte 2 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R pts 160 y 164, y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que las reglamentaciones dispongan lo contrario. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en base a él, y que, en cualquier caso, este consentimiento vence automáticamente de la siguiente manera: <input type="checkbox"/> Al Alta <input type="checkbox"/> Otra:			
Entiendo que se me pueden negar los servicios si me niego a dar mi consentimiento para una divulgación con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, si lo permite la ley estatal. No se me negarán los servicios si me niego a dar mi consentimiento para una divulgación para otros fines. Doy permiso a START para descargar mi historial de recetas electrónicas de una cámara de compensación de farmacias en línea.			

Firma del Paciente / Fecha

Authorized Representative Signature / Relationship / Date