

**** Siempre se solicita la coordinación de la atención con los proveedores de atención primaria ****

Kids On Up Psychotherapy, Inc.
101 Conner Drive, Suite 203 ; Chapel Hill , NC 2751 4
Teléfono: (919) 240-5548 Fax: (919) 525-1900

**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA USO Y DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)**

**** Siempre se solicita la coordinación de la atención con los proveedores de atención primaria ****

YO, _____, autorice Kids On UP Psychotherapy, I
Escriba el nombre del paciente / cliente

para divulgar y / u obtener la siguiente PHI (**Ponga sus iniciales al lado del artículo**)

Mi registro completo Resumen de la evaluación / tratamiento

Informe de prueba Información necesaria para presentar un seguro VIH / SIDA Abuso de sustancias

**** Coordinación de la atención Otros**

Esta información sólo debe divulgarse y / u obtenerse de:

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Solicito esta divulgación de información por los siguientes motivos (**Ponga sus iniciales al lado del artículo**)

A petición mía Consulta legal

Presentación de reclamos de seguro Transferencia de atención

**** Coordinación de la atención Otros:**

Esta autorización permanecerá vigente hasta _____ (hasta 1 año desde la autorización)

Rechazo la autorización

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando dicha notificación por escrito a Kids On Up Psychotherapy, Inc. Sin embargo, entiendo que cualquier revocación no será efectiva en la medida en que Kids On Up Psychotherapy, INC. haya tomado medidas basándose en la autorización o si esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y el asegurador tiene el derecho legal de impugnar un Reclamación.

Entiendo que Kids On Up Psychotherapy, Inc. generalmente no puede condicionar los servicios psicológicos o psiquiátricos al firmar mi autorización, a menos que los servicios son proporcionados a mi con el propósito de crear información de salud para un tercero.

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario de mi información y ya no está protegida por la Regla de Privacidad de HIPAA

Firma del cliente o guardián / representante autorizado (indicar relación) Fecha

**** Siempre se solicita la coordinación de la atención con los proveedores de atención primaria ****