

## Divulgación de información sobre salud conductual

777 S Main St, Ste 100  
Clinton, IN 47842  
P: 765-828-1003  
F: 877-223-1011

703 W Park St  
Cayuga, IN 47928  
P: 765-492-9042  
F: 888-625-0294

201 W Academy St  
Bloomington, IN 47832  
P: 765-498-9000  
F: 877-694-4734

1702 Lafayette Rd  
Crawfordsville, IN 47933  
P: 765-362-5100  
F: 866-612-1385

727 Lincoln Rd  
Rockville, IN 47872  
P: 765-569-1123  
F: 888-880-1423

1530 N 7<sup>th</sup> St, Ste 201  
Terre Haute, IN 47807  
P: 812-238-7631  
F: 888-291-5750

4757 S 7<sup>th</sup> St  
Terre Haute, IN 47802  
P: 812-234-2289  
F: 888-815-1058

601 W National Ave  
West Terre Haute, IN 47885  
P: 812-244-1515  
F: 866-981-2282

Centro de salud escolar móvil P:765-592-6164

Tipo de formato: Pape  electrónico

### Información para el paciente: (por favor imprima)

Número: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Autorizo a Valley Professional Community Health Center (VPCHC) a *release, obtain y verbally* intercambiar información a lo siguiente: (Por favor imprima)

Proveedor/centro de atención médica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ número de fax: \_\_\_\_\_

**Propósito:** El propósito de este comunicado es ayudar con la continuidad de la atención y facilitar la planificación del tratamiento entre VPCHC y el proveedor de atención médica o centro anterior.

### Registros de salud mental y/o de tratamiento de drogas y alcohol que están autorizados para ser divulgados:

Marque todos los registros apropiados:

Historia y Física       Evaluación Psicosocial       Medicamentos       Radiografías       Laboratorios  
 Notas psiquiátricas       Evaluación psicosocial/Pruebas       Resultados de pruebas psicológicas       ECG  
 Notas de progreso       Órdenes médicas       Evaluaciones de alcohol/drogas  
 Resumen del alta       Plan de tratamiento       Tratamiento de alcohol/drogas  
 Notas de terapia de grupo       Notas de psicoterapia       Otras (especifique): \_\_\_\_\_

**Fecha de vencimiento:** Esta autorización caducará en 365 días a menos que se indique lo contrario a continuación:

\_\_\_\_\_ Esta autorización expirará en la siguiente fecha o condición: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Esta autorización expirará 60 días después de la terminación de los servicios en VPCHC.

**Derecho a revocar:** Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que revoco esta autorización; Debo hacerlo por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información publicada previamente en base a esta autorización.

**Aviso de redivulgación:** Si he autorizado la divulgación de mi información de salud a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla confidencial, entiendo que puede ser divulgada nuevamente y ya no protegida por VPCHC.

**Negativa a firmar:** Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización, pero mi negativa a firmar puede afectar la capacidad de los proveedores para proporcionarme el tratamiento necesario. Si me niego a firmar esta autorización, seré visto para recibir tratamiento a menos que la única razón para el tratamiento sea crear información médica protegida para un tercero, como un tratamiento ordenado por el tribunal.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_