

Consentimiento para Proveer Información

SECCIÓN 1.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de Caso: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: CA Código Postal: _____ Teléfono: () - _____

SECCIÓN 2.

Yo autorizo al programa de Salud Mental de East Valley Community Health Center para proveer información:

Yo autorizo al programa de Salud Mental de East Valley Community Health Center al para obtener información de:

Nombre del Proveedor ó Centro

Nombre del Proveedor ó Centro

Dirección

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Ciudad, Estado, Código Postal

Número de Teléfono

Número de Teléfono

SECCIÓN 3. La información se aplica a los siguientes tipos de servicios:

Evaluación

Notas y Consulta del Caso

Planificación del Tratamiento

Otro: _____

SECCIÓN 4. Este consentimiento se aplica a los siguientes tipos de información:

Motivo de Remisión

Copia de la evaluación inicial

Historial Social

Copia de los planes de coordinación y servicios

Información de Diagnóstico

Informe de alta del paciente

Resumen de Tratamiento

Otro: _____

SECCIÓN 5. El tratamiento no depende de mi aprobación o negarme a proveer este consentimiento. Al menos que yo no revoque est consentimiento previo, tiene valides desde el _____ de _____, pero no excedera más de un periodo de un año.

90 días a partir de la fecha del consentimiento para proveer de una sola vez, Ó

12 meses para la prestación de servicios continuos por parte de un colaborador proveedor de servicios.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Padre/Guardian Legal

Fecha

Firma del Testigo

Fecha