



120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030

Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394

## AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACION/RECIBIR INFORMACIÓN

INFORMACION DEL CLIENTE (Confirme la ortografía correcta del nombre y DOB con el cliente y/o tutor.)			
Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:	Apellido:	Fec Nac:

Este documento autoriza a Pathways Transition Programs, Inc. (PTP) a compartir y/o recibir información por escrito o a través de registros médicos psicológicos, psiquiátricos y generales de contacto telefónico, incluyendo información de uso indebido de sustancias o adicción. La información se compartirá, siguiendo las estatutas del estado de Georgia y las Reglas y Reglamentos Administrativos Federales, con:

INDIVIDUO O AGENCIA	
Nombre:	
Dirección:	Teléfono:
Correo electrónico:	Fax:

REGISTRO MÉDICO		
Autorizado para compartir	PTP puede DIVULGAR esta información a la persona o agencia mencionada anteriormente	PTP puede RECIBIR esta información de la persona o agencia mencionada anteriormente
	<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Todos
	<input type="checkbox"/> Historias Medicas y Físicas	<input type="checkbox"/> Historias Medicas y Físicas
	<input type="checkbox"/> Resultados de la prueba de drogas	<input type="checkbox"/> Resultados de la prueba de drogas
	<input type="checkbox"/> Informe de evaluación	<input type="checkbox"/> Informe de evaluación
	<input type="checkbox"/> Informes de pruebas psicológicas	<input type="checkbox"/> Informes de pruebas psicológicas.
	<input type="checkbox"/> Informes de pruebas psiquiátricas	<input type="checkbox"/> Informes de pruebas psiquiátricas
	<input type="checkbox"/> Resumen de cierre	<input type="checkbox"/> Resumen de cierre
	<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Resumen de alta
	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Notas de progreso
	<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento	<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento
	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Expediente educativo
	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Otro:

¿PROPÓSITO DE COMPARTIR INFORMACION?			
¿Registros para que proposito?	<input type="checkbox"/> Tratamiento continuo	<input type="checkbox"/> Planificación de casos	Otro:

DURACIÓN DE LA INFORMACION COMPARTIDA			
¿Registros compartidos por cuanto tiempo?	<input type="checkbox"/> Una vez	<input type="checkbox"/> Un año	Continuo hasta:

Si esta autorización para compartir información es para la evaluación psicológica ordenada por la corte, la evaluación se utilizará como evidencia en la corte. La información compartida le ira a la agencia o abogado de referencia; puede solicitar información a esa agencia o abogado. Su consentimiento puede ser retirado en cualquier momento, pero no podemos recordar información que ya hemos compartido para cumplir con su consentimiento.

**La redistribución de la información confidencial está prohibida**  
 La información divulgada está protegida por las Reglas Federales que rigen las reglas de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las Reglas Federales prohíben a los destinatarios hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que el sujeto del material proporcione permiso adicional por escrito (42 CFR Parte 2). Esta autorización general para la divulgación de información médica u otra información no es suficiente para este propósito. Además, las Reglas Federales restringen cualquier uso de esta información para investigar o procesar criminalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:	Apellido:	Fec Nac:
---------	-----------------------------	-----------	----------

---

Soy un adulto, mayor de 18 años; Yo soy el cliente	
El cliente es menor de edad; Soy el padre del cliente	
El cliente es menor de edad; Soy el tutor legal del cliente	
Otro	Por favor, explique

Leí este documento. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas; entiendo toda la información proporcionada aquí. Si tengo preguntas sobre cualquiera de este contenido en el futuro, le preguntaré a mi médico.

\_\_\_\_\_  
 Firma del cliente/padre/tutor                      Nombre de impresión                      Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma y Credenciales del Representante de PTP                      Nombre de impresión y título                      Fecha