



Autorización para la entrega u obtención de información médica/coordinación de cuidado

En un esfuerzo para proveer el mejor cuidado posible al paciente, the Center for Autism and Related Services (C.A.R.S.), tiene como un requisito, cuando apropiado, el iniciar y mantener contacto con otros proveedores de salud mental o especialistas e instituciones de cuidado médico. Comunicación entre proveedores de C.A.R.S. e instituciones proveyendo cuidado al paciente es importante para asegurar que el paciente reciba cuidado de salud mental comprensiva y de calidad. Este documento da permiso a C.A.R.S. a compartir y pedir información médica protegida (PHI) con estas instituciones. La información no será divulgada u obtenida sin su autorización firmada. El (PHI) puede incluir diagnóstico, plan de tratamiento, y medicación si necesario.

Información del doctor/Clinica de Salud Mental/Instalación Medica:

Todas instituciones Solo los escritos a continuación

Nombre	Nombre
Domicilio	Domicilio
Domicilio (Ciudad, Estado, Código Postal)	Domicilio (Ciudad, Estado, Código Postal)
Numero de teléfono	Numero de teléfono
Nombre de compañía	Nombre de compañía

Información Clínica del paciente

<input type="checkbox"/> Todos registros médicos	<input type="checkbox"/> Referencias	<input type="checkbox"/> IPP
<input type="checkbox"/> Diagnostico	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento	<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> _____

Limitado a la información siguiente: _____

Yo, el abajo firmado, entiendo que coordinación de cuidado es requerido por parte de mi plan de seguro y por lo tanto autorizo a C.A.R.S. a que comparta y pida información pertinente a la provisión de servicios de ABA para (paciente) _____. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito.

Firma

Nombre

Fecha