



## 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