



CCD Counseling P.A.

Denton Lewisville Farmers Branch

Administration: 1512 Scripture Street, Denton, Texas 76201

(940) 382-5328 www.ccdcounseling.com www.facebook.com/ccdcounseling

Autorización para Revelar Información

Yo, _____ estoy llenando esta forma para permitir el uso y compartir información mía, y/o de los siguientes niños menores de edad, por quienes puedo firmar.

Nombre y Relación o "N/A"

1. Partidos autorizados

Yo autorizo a CCD Counseling P.A. (CCD) y/o

de liberar o revelar el registro y/o información en relación respecto consejería, tratamiento, u otro servicios recibidos para mi y/o hijos menores.

Estoy autorizando que la información:

- sea revelada por CCD a la agencia/individual nombrada anteriormente, solamente.
- Sea revelada por la agencia/individual nombrado anteriormente a CCD, solamente.
- Sea intercambiada entre CCD y la agencia/individual nombrada.

2. Propósito

El propósito de el revelo es

a la petición del individual

3. Descripción de la Información

La información que será revelada es (elija uno):

- El registro completo
- Lo mínimo que CCD cree que es requerido para cumplir el propósito nombrado.
- Cualquier información que satisfaga este criterio nombrado: _____

4. Fecha de Vencimiento

Yo entiendo y estoy de acuerdo que esta Autorización es valida y en efecto, hasta que yo revoque (cancele), hasta (escoja uno):

- 3 meses después siguiendo la fecha de la firma
- 3 meses siguiendo mis últimos servicios en CCD
- 3 meses siguiendo la resolución de la acciones legales relacionados con mis servicios
- _____

Yo entiendo que después de la fecha o evento, no mas información puede ser revelada a la persona u organización hasta que yo firme una nueva forma de Autorización.

Esta traducción es proveída como una cortesía. En el evento de un conflicto, el documento original en Ingles será el acuerdo que gobierna. Este documento es disponible con solicitud.

Iniciales _____

5. Derecho de Revocar

Yo entiendo que yo puedo cancelar esta Autorización en cualquier tiempo con mandar una carta a Oficial de Privacidad de la organización(es) nombradas anteriormente. Si hago esto, puedo prevenir cualquier revelación que no sea requerida por la ley después de la fecha recibida, pero no cambia el hecho de que una información fue mandada o compartida antes de la fecha.
mire El Aviso de Practicas Privadas.

6. No Es Requerido para Tratamiento

Yo entiendo que una autorización no es requerida si la información será usada para Tratamiento, pago, o Health Care Operations (TPO.) Yo entiendo que si esta revelación ha sido permitida debajo de mi consentimiento, que la petición de CCD de esta forma es un símbolo de respeto para mis derechos y en ninguna manera quita validez al consentimiento original. Yo también entiendo que si la información es “Health Care Information” y no es requerida por TPO, que no tengo que firmar esta autorización, y que mi rechazo de firmar no afecta mi habilidad de obtener tratamiento de CCD.

7. Revelación de Nuevo?

Yo entiendo que si la persona u organización que recibe mi información no es un proveedor de asistencia medica o seguro medico, o si mi registros no son información de salud protegida (PHI,) la información ya no podrá ser protegida por regulaciones de privacidad. Yo también entiendo que CCD no puede controlar como la información que ha compartido será utilizada por otros partidos.

Aviso Con Respeto a non-PHI Servicios:

Yo entiendo que unos de los servicios disponibles en CCD no involucran Información de Salud Protegida (PHI.) Un ejemplo es un taller educacional, o un servicio relacionado a la corte. Otros servicios no generan PHI, pero puedan contener PHI creados por otra persona. Un ejemplo de esto es un estudio social ordenado de la corte. Yo entiendo que si pudiera tener diferente derechos relacionados a ese registro. Por ejemplo, si estoy recibiendo servicios relacionados a un caso de corte, el derecho de rechazar la firma y la consecuencias relacionadas son determinadas por la corte.

Yo reconozco y entiendo que estoy renunciando a mi derecho de confidencialidad con respeto con la información que yo estoy dejando que sea revelada por esta Autorización y por la presente libero CCD Counseling P.A., incluyendo mi terapeuta o consejero y el personal de cualquier y todas responsabilidades presentadas de esta revelación.

Si he nombrado niños menores de edad en esta revelación, Yo también testifico que soy el padre, guardián legal, o tengo el derecho legal del consentimiento para el tratamiento del menor de edad nombrado al comienzo. Yo no estoy requerido en un acuerdo de divorcio o de lo contrario de tener consentimiento de cualquier otro de esto menor recibiendo estos servicios.

Todo lo que no era claro para mi ha sido explicado y ahora yo creo que lo entiendo todo. Yo recibiré una copia de esta forme después de que la firme.

Nombre en Molde: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre en Molde: _____

Firma: _____

Esta traducción es proveída como una cortesía. En el evento de un conflicto, el documento original en Ingles será el acuerdo que gobierna. Este documento es disponible con solicitud.