

Solicitud / autorización para divulgar información y registros confidenciales

Yo, _____, autorizo:

Wright Wellness, LLC
1398 W. Mayfield Rd., Suite 220
Arlington, TX 76015

para obtener, divulgar e intercambiar información médica privilegiada, confidencial y protegida de mis records con y / o de la persona designada a continuación:

Nombre: _____

Habla a: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Wright Wellness, LLC tiene mi autorización para obtener, divulgar y / o intercambiar la siguiente información clínica (como se indica al seleccionar casillas) contenida en mis records de tratamiento:

- Fechas de cita
- Información de la entrevista clínica
- Solicitud de historial médico / records
- Evaluación psicológica / resultados de pruebas y resúmenes
- Datos brutos de pruebas / evaluaciones psicológicas (es decir, protocolos, transcripciones, hojas de trabajo, etc.)
- Facturación / deberías financieros
- Otra: _____
- Historia social y / o del Desarrollo
- Resúmenes de admisión y alta
- Progreso / Terapia / Notas de casos

La información relacionada con el VIH y la información sobre drogas y alcohol contenida en estos records se divulgará bajo este consentimiento a menos que se indique lo siguientes

- No divulgue información relacionada con el VIH. No divulgue información sobre drogas y alcohol.

Esta autorización permanecerá en vigor hasta _____ o durante 12 meses a partir de la fecha de firma.

Wright Wellness, LLC me ha explicado y entiendo completamente esta solicitud / autorización para divulgar records e información, incluida la naturaleza de los records, su contenido y las posibles consecuencias e implicaciones de su divulgación. Esta solicitud es totalmente voluntaria de mi parte. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento con una notificación por escrito a la oficina de Wright Wellness, LLC, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en este consentimiento. Entiendo que si la persona u organización que recibe esta información no es un proveedor de atención médica/psicoterapia o una aseguradora de salud, es posible que la información ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Nombre impreso de la paciente

Firma de la paciente

Fecha

Firma de la testigo

Fecha