

**Mental Health Center Authorization**  
**Release of Protected Health Information and Verbal Disclosure**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Nombre anterior/de soltera/o \_\_\_\_\_

**1. Yo Autorizo al Centro Medico de Myrtue en liberar/dar información sobre mi **Salud Mental / Abuso de Sustancias** a:**

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección Ciudad / Estado / Zona Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**2. El propósito de dar o obtener información es para:**

- Cuidado Continuo     Personal     Legal     Aseguranza/Factura     Otro (escriba) \_\_\_\_\_

**3. Información que puede debe ser revelada de:**

**a. Centro de Salud Mental.**

- Comunicación: Verbal (en persona o teléfono incluyendo mensajes) y /o correo electrónico completado por el Centro de Salud Mental.

**OR**

**b. Departamento de manejo de Información de Salud (HIM)**

- **Dar Fecha(s) de servicios (fecha)** \_\_\_\_\_ **a (esta fecha)** \_\_\_\_\_

- Fechas de asistencia     Records de Salud Mental     Record de Abuse de Sustancias

- Otro (lista) \_\_\_\_\_

- **Elija la forma que le gustaria que estos records sean dados:**

- Portal Mychart     Correo electrónico: \_\_\_\_\_

- Correo     Lo recogeré en el Centro Medico de Myrtue.

**4. Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:**

- El Requisito para copias de registros médico están sujetas a tarifas de producción de acuerdo con las regulaciones federales/estatales.
- Esta autorización es efectiva hasta la fecha en el calendario \* \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Sin embargo, no más de 1 año a partir de la fecha en que se firmó.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar mi permiso en cualquier momento, excepto cuando el Centro Medico de Myrtue ya ha realizado una liberación con este formulario. La revocación debe representarse por escrito al Departamento de Manejamiento de Información de Salud.
- Tratamiento, pagos, inscripción o elegibilidad para beneficios no podrán estar condicionados a que yo firme esta autorización.
- Toda liberacion de información lleva la posibilidad de dar información no autorizada y esta información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad.
- La Información liberada puede contener información sobre abuso de alcohol / drogas, mental / salud, enfermedades transmitidas sexualmente ,SIDA,VIH, o servicios pagados.
- Autorizo la liberacion de este formulario a la persona nombrada en este formulario.

**Prohibición de volver a liberar registros de trastornos por consume de Sustancias:** Los registros de uso de Sustancias están protegidos por la ley Federal que prohíbe la liberacion no autorizada de estos registros. Si solicito, tengo derecho a recibir una lista de lugares que han recibido mi información or registros por consume de sustancias.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Escriba su Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente (si corresponde)

**Staff Use Only:** Date Received \_\_\_\_\_ MRN \_\_\_\_\_ Released By \_\_\_\_\_ Released Date \_\_\_\_\_ Verified Driver's License  ID Band Other \_\_\_\_\_

**Mental Health Center Authorization**  
**Release of Protected Health Information and Verbal Disclosure**

**ADICIÓN**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Nombre anterior/de soltera/o \_\_\_\_\_

1. Yo autorizo al Centro Medico de Myrtue en liberar /dar información sobre mi **Salud Mental / Abuso de Sustancias** a la persona **adicional** identificada a continuación.

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección Ciudad /Estado / Zona Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

2. **El proposito de dar o obtener información es para:**

- Cuidado Continuo     Personal     Legal     Aseguranza/Factura     Otro (escriba) \_\_\_\_\_

3. **Información que puede ser revelada con este documento y método de entrega:**

a. **Centro de Salud Mental.**

- Comunicación: Verbal (en persona o teléfono incluyendo mensajes) y /o correo electrónico completado por el Centro de Salud Mental.

4. **Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:**

- El Requisito para copias de registros médico están sujetas a tarifas de producción de acuerdo con las regulaciones federales/estatales
- Esta autorización es efectiva hasta la fecha en el calendario \* \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_. Sin embargo, no más de 1 año a partir de la fecha en que se firmó. Entiendo que esta **ADICIÓN** no alterará la fecha efectiva de esta autorización mas actual.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar mi permiso en cualquier momento, excepto cuando el Centro Medico de Myrtue ya ha realizado una liberación con este formulario. La revocación debe representarse por escrito al Departamento de Manejamiento de Información de Salud.
- Tratamiento, pagos, inscripción o elegibilidad para beneficios no podrán estar condicionados a que yo firme esta autorización
- Toda liberacion de información lleva la posibilidad de dar información no autorizada y esta información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad
- La Información liberada puede contener información sobre abuso de alcohol / drogas, mental / salud, enfermedades transmitidas sexualmente ,SIDA,VIH, o servicios pagados.
- Autorizo la liberacion de este formulario a la persona nombrada en este formulario.

**Prohibición de volver a liberar registros de trastornos por consume de Sustancias:** Los registros de uso de Sustancias están protegidos por la ley Federal que prohíbe la liberacion no autorizada de estos registros. Si solicito, tengo derecho a recibir una lista de lugares que han recibido mi información or registros por consume de sustancias.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Escriba su Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente (si corresponde)