



FORMA PARA SOLICITAR ACCESO O REVELACION DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA
Mediante la presente forma autorizo al Programa de Evaluación Independiente de Liberty Healthcare Corporation para

[] COMPARTIR y/o [] RECIBIR [marque una o ambas] archivos para:

Form fields for Name of Applicant, Date of Birth, De/Para, Telephone, and Dirección.

La siguiente información: [marque todas las que apliquen]

- Checkboxes for: Evaluación De Diagnosis Comprensiva (CDA), Resultados del CANS-100, Evaluación Psicológica, Plan de Seguridad, Nota del Médico, Archivos de Hospitalización, Aviso de Determinación, Autorización al Portal de ICANS, and Otro.

Condiciones – Yo entiendo que Liberty Healthcare Corporation no condicionará mi evaluación basándose en que si doy o no autorización para la revelación solicitada. Sin embargo, me han explicado que el no firmar esta autorización podría tener consecuencias, entre otras, pero no limitadas al impacto de los resultados del cuidado coordinado.

Propósito – El propósito de esta revelación de información es para mejorar la evaluación comprensiva y compartir información relevante y, cuando sea adecuado, coordinar servicios de tratamiento.

Revocación- Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, enviando notificación escrita al Programa de Evaluación Independiente de Liberty Healthcare Corporation al 8850 W. Emerald Street, Suite 164, Boise, ID 83704.

Forma de Compartimiento – Salvo que usted haya especificado por escrito que lo compartido sea hecho de manera particular, nos reservamos el derecho de compartir la información como lo sea permitido por esta autorización.

Revelaciones adicionales – Yo entiendo que existe el potencial de que la información de salud protegida que es compartida, al dar esta autorización podría ser compartida nuevamente por el que recibe la información de salud protegida, y ya no ser protegida por las regulaciones de privacidad de HIPAA.

Vencimiento – Si es que no se ha especificado otra fecha, esta autorización vence dentro de un año: _____.

Nombre en letra de Molde y Firma del Apicante Fecha

Nombre en letra de Molde y Firma del Padre o Tutor Legal Fecha