

Wolf Pack

Consulting and Therapeutic
Services, LLC

(p) 503.828.3402
(f) 503.828.3401
contact@wolfpackcts.org



Autorización para usar/divulgar información médica

Nombre legal::	Nombre preferido:	Fecha de nacimiento:
----------------	-------------------	----------------------

Por este medio, autorizo a: **Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC**
16365 NW Twin Oaks Drive Suite 200 Beaverton, OR 97006
Dirección de envío: 16055 SW Walker Road #443 Beaverton, OR 97006
503.828.3402 (office), 503.828.3401 (fax)

Para divulgar información a y/o

Para recibir información de

Persona:	Organización:
Domicilio:	
Número de teléfono:	Número de fax:
Dirección de correo electrónico:	

Específicamente, yo autorizo la divulgación/intercambio/recibo de la siguiente información:

Registros de salud mental incluyendo:

(Indique con sus iniciales)

- Información de identificación
- Registros de laboratorio
- Registros médicos & rayos X
- Registros de tratamiento de salud mental
- Evaluaciones psiquiátricas
- Notas de progreso

Registros sobre un trastorno de abuso de sustancias:

(Indique con sus iniciales)

- Información de identificación
- Registros de laboratorio/uroanálisis
- Registros médicos & rayos X
- Registros de tratamiento para abuso de sustancias
- Evaluaciones psiquiátricas
- Notas de progreso



___ Resumen de altas/transferencias

___ Resumen de altas/transferencias

___ Otro (especifique): _____

___ Otro (especifique): _____

Yo reconozco que esta información divulgada puede contener información relacionada con un tratamiento de **salud mental** que está protegida por las leyes estatales (ORS 179.505 & 192.505, 45 CFR 205.50). Específicamente, doy mi consentimiento para su divulgación.

Firma: _____

Fecha: _____

Yo reconozco que esta información divulgada puede contener una información sobre **drogas/alcohol** que está protegida por las leyes estatales y federales. [42CFR2.31, ORS 430.399(5) & 179.505]. Específicamente, doy mi consentimiento para su divulgación.

Firma: _____

Fecha: _____

Propósito de dicha divulgación: (Seleccione todas las que apliquen)

Planificación de tratamiento

Diagnóstico y evaluación

Referencia/consultación

Coordinar un tratamiento/servicios en curso o después de terminados.

Asuntos legales

Coordinación de cuidados

Facilitar utilización de beneficios médicos

Otro (especifique): _____

La persona firmando este formulario está de acuerdo y reconoce lo siguiente:

(i) **Autorización voluntaria:** Esta autorización es voluntaria. El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios (según corresponda) no estará condicionado por mi firma en este formulario de autorización.

(ii) **Periodo de vigencia:** Esta autorización debe tener vigencia por un año después de firmada, a menos que se solicite una fecha de terminación específica. **Mes:** _____ **Día:** _____ **Año:** _____.

(iii) **Derecho de revocar:** Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, escribiendo al proveedor de cuidados médicos o entidad de cuidados médicos indicados anteriormente.

Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto al grado de acción ya tomada en base a esta autorización.

FIRMAS:

Cliente/Representante legal _____ Fecha: _____

Si es el representante legal, relación con el cliente: _____

ROI_WPCTS
Creado: 06.01.2017
Revisión: 05.19.2022