**A New Tomorrow**

**Behavioral Health Services**

**26 Wesmark Ct., Sumter, S.C. 29150**

**Phone: (803) 883-4981 Fax: (803) 883-5492**

**Tara L. Corbett MS, LPC, LPC-S And Associates**

**Quanetta S. Jefferson MA, LPC, NBCC**

**Sara Anderson MS, LPC**

**AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

**Nombre del Cliente:**

**Fecha de Nacimiento:**

**Padres/Guardián**:

**SOLICITUD DE REGISTROS**  **PUBLICACIÓN DE REGISTROS**

Por la presente, autorizo a *A New Tomorrow* a divulgar y / o intercambiar información de salud protegida para el cliente mencionado anteriormente para:

Nombre del profesional y la organización aplicables: Dirección: Ciudad, estado y código postal:

Teléfono: Fax:

La información protegida que se divulgará y/o intercambiará incluye:

**Evaluación**

**Diagnóstico**

**Evaluación Psicosocial**

**Evaluación Psicológica**

**Evaluación psiquiátrica**

**Plan de tratamiento o resumen**

**Actualización actual del tratamiento**

**Progreso en el tratamiento/Notas**

**Presencia/Participación en el**

**Tratamiento**

**Enfermería/Información Médica Informe Toxicológico/Detección Drogas Información Educativa Alta/Transferencia Resumen Plan de Atención Continua**

**Manejo de Información Medicamento**

**Otros**  **Otros**

**Propósito del contrato:** Este formulario implementa los requisitos para la autorización / consentimiento del cliente para usar y divulgar información de salud protegida por la ley federal de privacidad de la salud (45 C.F.R. Partes 160, 164), la ley federal de confidencialidad de drogas y alcohol (42 C.F.R. Parte 2), y la ley estatal de confidencialidad que rige la salud mental, las discapacidades del desarrollo y los servicios de abuso de sustancias (G.S. 122C).

**Volver a divulgar:** Una vez que se divulga la información de conformidad con esta autorización firmada, entiendo que la ley federal de privacidad de la salud (45 C.F.R parte 164) que protege la información de salud puede no aplicarse al destinatario de la información y, por lo tanto, no puede prohibir que el destinatario la vuelva a revelar. Otras leyes, sin embargo, pueden prohibir volver a divulgar. Cuando esta agencia divulga información de salud mental y discapacidades del desarrollo protegida por la ley estatal (G.S. 122C) o información de tratamiento de abuso de sustancias protegida por la ley federal (42C.F.R. Parte 2), debemos informar al destinatario de la información que volverla divulgar está prohibido. excepto según lo permitido o requerido por estas dos leyes.

**Revocación y Expiración:** Entiendo que, con ciertas excepciones, tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. (Si quiero revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito). Si no se revoca, esta autorización caducará automáticamente cuando finalice el tratamiento.

**Aviso de voluntariedad:** Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario de autorización. Si elijo no firmar este formulario, entiendo que *A New Tomorrow* no negará ni rechazará el tratamiento debido a mi negativa a firmar.

**Firma del Cliente o Guardián Legal Fecha**

**Relación con el Cliente**