

Old Mill Center for Children and Families
1650 SW 45th Place
Corvallis OR 97333-1768
PH: (541) 757-8068 Fax: (541) 758-1030
www.oldmillcenter.org



Revelación de Información para Parientes Sustituto de Hospicio

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Información para ser utilizada o divulgada

La información que se obtendrá bajo esta autorización incluye:

Notas de servicio individuales, Planes de Evaluación, Planes de servicio y apoyo individual, Medicamentos, Formulaciones.

Propósitos de Divulgación

La información mencionada anteriormente será compartida con los siguientes objetivos:

Servicios de Salud Mental y de Coordinación

Proveedor de Hospicio Autorizado Para Usar o Revelación Información

La información mencionada anteriormente será utilizada o revelada por:

Nombre del Proveedor de Hospicio

Dirección / Teléfono / Fax

Terapeuta u Organización a Quien se le Puede Divulgar Información

La información descrita anteriormente puede ser revelada a:

Old Mill Center for Children and Families

Nombre de la persona / organización

Dirección: 1650 SW 45th Pl., Corvallis, OR 97333 Teléfono: (541)757-8068 Fax: (541)758-1030

Vencimiento de la Autorización

Esta autorización es efectiva por un año a partir de la fecha firmada (a menos que sea revocada o terminada por el paciente o el tutor legal).

Derecho a Concluir o Revocar la Autorización

Puede revocar o cancelar esta autorización enviando una revocación por escrito a Old Mill Center.

Potencial de Re-divulgación

La información que se divulga bajo esta autorización puede volver a divulgarse. La privacidad de esta información puede no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Derechos del Individuo

Puede inspeccionar o solicitar una copia (por escrito) de la información que se usa o divulga bajo esta autorización. Puede negarse a firmar esta autorización. La negativa a firmar esta autorización no afectará los servicios que se entregarán.

Persona Responsable (en letra de imprenta):

Relación Hacia el/la Cliente

Firma de la Persona Responsable

Fecha

(Se requiere si la persona atendida es menor de edad o un adulto que no puede firmar este formulario)