

COMPREHENSIVE CLINICAL SERVICES, P.C.

Main Office: 2340 S. Highland Ave, Ste 300, Lombard IL 60148
Phone # 630.261.1210 - Fax # 630.261.1211 - Discoverccs.org

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

El llenado de este documento autoriza la divulgación y/o uso de información de salud sobre usted. El propósito es dar permiso a un individuo para ponerse en contacto con CCS en relación a su información de atención médica. La falta de proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Por la presente, autorizo a: Comprehensive Clinical Services, P.C.

A divulgar a: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

A. Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (Marque lo que corresponda):

- Programación de citas
- Acceso al Portal del Paciente
- Discusión de atención al paciente/recomendaciones
- Facturación/Pagos

Se requieren iniciales del paciente:

____ Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental y tratamiento de abuso de alcohol o drogas. Entiendo que al firmar esta autorización, estoy autorizando la divulgación de tal información a menos que se especifique lo contrario arriba.

____ Esta autorización permanece válida durante dos años a partir de la fecha de firma.

____ Cualquier facsímil, copia o fotocopia de esta autorización lo autorizará a divulgar los registros solicitados aquí.

El propósito de la divulgación de información es:

- Continuidad de atención médica
- Acción legal pendiente
- A solicitud del paciente
- Otro (Especificar): _____

MIS DERECHOS

Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago o la elegibilidad de beneficios.

Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me está solicitando permitir el uso o la divulgación.

COMPREHENSIVE CLINICAL SERVICES, P.C.

Main Office: 2340 S. Highland Ave, Ste 300, Lombard IL 60148
Phone # 630.261.1210 - Fax # 630.261.1211 - Discoverccs.org

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarlo a la siguiente dirección: Comprehensive Clinical Services, P.C., 2340 S Highland Ave, Ste. 300, Lombard, IL 60148.

Mi revocación tendrá efecto al recibirlo, excepto en la medida en que otros hayan actuado en confianza en esta autorización.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

La información divulgada de acuerdo con esta autorización podría ser rediscutida por el receptor y ya no estar protegida por HIPAA.

FIRMAS

Firma del Paciente/Representante Legal

Fecha

Nombre impreso del Paciente/Representante Legal

Relación del Representante Legal con el Paciente

Firma del Testigo

Fecha

Nombre impreso del Testigo