



Formulario para Intercambio Confidencial de Información

Family Houston requiere que el departamento de salud mental coordine tratamiento con todos los especialistas que estén proporcionando servicios médicos al cliente. Este formulario es para facilitar coordinación en el cuidado entre los profesionales médicos que estén atendiendo al cliente.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

A. Proveedor de servicios médicos (psiquiatra o especialista)

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Número de fax: _____

B. Proveedor de servicios médicos (doctor general)

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Número de fax: _____

NO quiero que mi información sea comunicada:

- con mi psiquiatra/especialista médico general
 No estoy recibiendo atención médica/psiquiátrica/especialista en este momento.
 No es relevante para mi cuidado de salud mental.

Si quiero que mi información sea comunicada:

Yo libremente y voluntariamente sin coerción, autorizo al consejero(a) de salud mental indicado en la sección de abajo para que pueda divulgar información contenida en este formulario al proveedor indicado en la sección A y B. La razón para divulgar información es para facilitar coordinación del tratamiento. Este consentimiento es válido por un año desde la fecha que es firmado. Yo entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento.

Firma del cliente o Firma del Padre/ Guardián/ Fecha

Firma del consejero(a) de Family Houston / Fecha

Nombre en molde

Esta sección será llenada por el personal de Family Houston:

1. El/La paciente está recibiendo tratamiento de: _____ Número de teléfono _____ por alguno de los siguientes problemas de salud mental:

- _____ ADHD/Problemas de comportamiento _____ Psychotic Disorder/Trastorno psicótico _____ Depression/Depresión
_____ Anxiety/Ansiedad _____ Adjustment Disorder/ Trastorno de adaptación _____ Bereavement/Duelo
_____ Relationship Distress/Problemas entre parejas Otro problema no especificado: _____

2. Tiempo pronosticado para el tratamiento: _____ <3 meses _____ 3-6 meses _____ 6-12 meses

3. Problemas impactando salud física o mental: ___ Ninguno ___ Adjunto (añadir página con más información)

Fecha que esta información fue enviada por correo o mandada por fax: _____

(PLACE A COMPLETED COPY OF THIS FORM IN THE PATIENT'S MEDICAL RECORD)

Para los registros de Pacientes aplicable bajo la ley federal Ley 42 CFR Parte 2

Para las personas recibiendo esta información: Esta información ha sido revelada para usted de los registros cuya confidencialidad está protegida bajo la ley federal. Regulaciones Federales (42) CFR Parte 2 le prohíbe divulgar información sin consentimiento expreso escrito de la persona cuya información pertenece, o como permitido por estas regulaciones. Una autorización general para revelar información médica u otra información no es suficiente para este propósito.