

PsyCare, Inc.

A professional medical corporation

A comprehensive behavioral healthcare system

HEADQUARTERS: 4550 Kearny Villa Road, Suite 116, San Diego, CA 92123

Phone: (858) 279-1223 Release Fax: (858) 467-7161

Autorizacion para Liberar Informacion

Yo autorizo _____

A liberar: – Todos los archivos psiquiatricos y/o de psicoterapia (Solamente una vez Mas de una vez por un año __) Ponga sus iniciales aqui

Carta para: _____ Fecha: _____

Verbal

Resumen de Tratamiento

Otro _____ (Solamente una vez Mas de una vez por un año _____)

Ponga sus iniciales aqui

Para: nombre, direccion, y numero de telefono del beneficiario: _____

Numero de Telefono: _____ Numero de Fax: _____

Relacion del beneficiario con el Paciente/Cliente: _____

(Si el asesor legal, indicar: — del paciente PsyCare Abogado o — Procurador Oponerse)

Respecto a: _____ D.O.B: _____

(Nombre de Paciente/Cliente)

(Fecha de nacimiento del Paciente/Cliente)

Proposito de liberacion: (**obligatorio**) _____

Esta autorizacion para uso o liberacion de informacion medica, esta siendo autorizada por mi, dando permiso a PsyCare, Inc. de liberar los archivos de salud mental/psiquiatricos e informacion obtenida en el transcurso de diagnosis y/o tratamiento de mi o mi hijo/a. Esta liberacion de informacion medica/psiquiatrica cumple con los terminos de Confidentiality of Medical Information Act of 1981, section 56, et. Seq, California Civil Code.

Yo Autorizo: Yo entiendo que los archivos medicos e informacion liberada pueden contener informacion relacionada con tratamiento psiquiatrico/salud mental incluyendo: uso de droga y/o alcohol, informacion confidencial relacionada con VIH (SIDA), anemia falciforme, resultados educativos, psicologicos, y laboratorial, y informacion genetica/familiar. **Si mi consentimiento es limitado, la limitación esta escrito aquí:**

Yo puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento, por escrito al Departamento de Administracion, excepto con respecto a la accion que haya sido tomada por este consentimiento. Este consentimiento se terminara un año despues de la fecha indicada abajo si no es revocado antes.

Firma: _____

(Fecha)

(Firma del Paciente/Cliente)

OFFICE USE ONLY (Must be completed before submitting request to Admin):

- MD'S ONLY- Consent to release: _____
- Therapist's initials (Pt seen individually): _____
- Fee collected? (initials/ type of payment): _____
- SEND FROM OFFICE – SENT FROM ADMIN.

Account # _____ Office: _____

Staff Initials: _____

(Si el consentimiento es firmado por alguien mas que el Paciente/Cliente, favor de indicar su relacion con el Paciente/Cliente)

(Firma de Menor- edades 12-17; Favor de dar razones si no puede/quiere firmar)

ADMINISTRATION BOX:

– **Ok to Release Forms/ Letter / Paperwork (circle one)**

– **OK to Release Records**

– **OK communicate Verbally only**

Administrative Signature Date