

The Haymount Institute for Psychological Services

806 Hay St
Fayetteville, NC 28305
Office: (910) 860-7008
Fax: (910) 221-9006

3507 Hill St
Hope Mills, NC 28348
Office: (910) 339-0901
Fax: (910) 339-0904

131 W. Edinborough Ave
Raeford, NC 28376
Office: (910) 848-1222
Fax: (910) 848-0222

www.HaymountInstitute.com

Consentimiento Para la Divulgación de Información Confidencial: Applicable Under Federal Law 42 CFR Part 2

Apellido del Paciente: _____ Nombre: _____ DOB: ____/____/____ SSN: ____ - ____ - ____

Autorizo a la siguiente organización y/o individuo para liberar/intercambiar información con The Haymount Institute

Nombre del Agencia y/o Individuo: _____ Relación _____ Título: _____
Teléfono: _____ Número de Fax: _____ Dirección: _____

Voluntariamente autorizo y solicito la divulgación (incluyendo papel, oral y el intercambio electrónico) con el fin de:
(Escriba sus iniciales todos los que apliquen)

_____ Pago de Seguro _____ Determinación de Discapacidad _____ Propósitos Legales
_____ Coordinación de Servicios de Cuido _____ Información Verbal General

Otro: _____

La siguiente información es la única información autorizada para ser intercambiado; **(Escriba sus iniciales todos los que apliquen)**

_____ Cita Inicial _____ Resumen de Alta _____ Notas de Progreso
_____ Hoja de Datos _____ Registro de Medicación _____ Referido _____ Fecha de Citas _____ Plan de Conducta
_____ Toda Documentación Legal _____ Evaluación Psiquiátrica _____ Información de Abuso de Sustancias
_____ VIH/SIDA/ Enfermedades transmisibles o no transmisibles _____ Informes de Pruebas Psicológicas

Por la presente solicito y autorizo a los anteriores nombrado agencias, organizaciones o individuos que poseen la información relativa a la agencia, organización o nombre de la solicitud. Entiendo que este comunicado puede incluir información sobre lo siguiente: información psicológica o psiquiátrica, abuso de sustancias, el abuso de drogas y / o el alcoholismo, los registros que puedan indicar la existencia de una enfermedad contagiosa o no transmisibles, y registros relacionados con el VIH / SIDA .

Al solicitar una copia de mi informe psicológico confidencial, entiendo que la información contenida se dará a conocer a la discreción del psicólogo, y puede contener cualquiera de las conclusiones del informe completo o un informe abreviado de conclusiones que estime adecuado el psicólogo. Divulgación de un informe psicológico no implica automáticamente el acceso a todos los registros mentales, ya que tales registros serían liberados a discreción del médico que proporciona servicios fuera del ámbito de las pruebas psicológicas. También entiendo que una vez que el informe sea entregado a mí, me convierto en el único responsable de la seguridad de los hallazgos.

Entiendo que la información que se publicará está protegido bajo la ley estatal y federal y no puede ser divulgada sin consentimiento por escrito por mí, a menos que se disponga lo contrario por la ley estatal o federal. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ya ha sido tomada para dar cumplimiento a la misma. Sin mi revocación expresa, este consentimiento expirará automáticamente 365 días a partir de la fecha de su firma, o automáticamente un año desde la fecha de su firma.

Fecha _____ Firma del Paciente _____

Fecha _____ Firma del Tutor / o Representante Autorizado _____

Fecha _____ Testigo _____

Fecha _____ Segundo Testigo (consentimiento de teléfono) _____

PTID:

Recipient ID:

Record No.:

The Haymount Institute for Psychological Services

806 Hay St
Fayetteville, NC 28305
Office: (910) 860-7008
Fax: (910) 221-9006

3507 Hill St
Hope Mills, NC 28348
Office: (910) 339-0901
Fax: (910) 339-0904

131 W. Edinborough Ave
Raeford, NC 28376
Office: (910) 848-1222
Fax: (910) 848-0222

www.HaymountInstitute.com

Consent for the Release of Confidential Information:

Applicable Under Federal Law 42 CFR Part 2

Client's Last Name: _____ First: _____ DOB: ____/____/____ SSN: ____-____-____

I authorize the following organization and/or individual to release/exchange information with The Haymount Institute:

Name of Agency and/or Individual: _____ Relationship _____ Title: _____
Phone Number: _____ Fax Number: _____ Address: _____

I voluntarily authorize and request disclosure (including paper, oral and electronic interchange) for the purpose of:
(*please initial all that apply*)

_____ Insurance Payment _____ Disability Determination _____ Legal Purposes
_____ Discharge Planning/ Coordination of Care _____ General Verbal Information

Other: _____

The following information is the only authorized information to be exchanged; (*please initial all that apply*)

_____ Clinical Intake _____ Discharge Summary _____ Progress Notes _____ Psychological Testing Reports
_____ Face Sheet (s) _____ Medication Records _____ Referral _____ Appointment Dates _____ Behavioral Plan
_____ All Legal Documentation _____ Psychiatric Assessment _____ Substance Abuse Information
_____ HIV/AIDS/Communicable or non-communicable disease

I hereby request and authorize the above named agencies, organizations or individuals that possess information relative to the agency, organization or individual name on the request. I understand that this release may include information regarding the following: Psychological or psychiatric information, substance abuse, drug abuse, and/or alcoholism, records which may indicate the existence of a communicable or non-communicable disease, and records pertaining to HIV/AIDS.

By requesting a copy of my confidential psychological report, I understand that the information contained will be released at the discretion of the psychologist, and may contain either the full report findings or an abbreviated report of findings as deemed appropriate by the psychologist. Release of a psychological report **does not** automatically imply access to all mental records, since such records would be released at the discretion of the clinician providing services outside of the scope of the psychological testing. I also understand that once the report is released to me, I become solely responsible for the security of the findings.

I understand that the information to be released is protected under the state and federal law and cannot be disclosed without further written consent by me, unless otherwise provided for by state or federal law. I understand that I may revoke this authorization at any time, except to the extent that action has already been taken to comply with it. Without my express revocation, this consent will automatically expire 365 days from the date it is signed, or automatically one year from the date it is signed.

Date Signature of Client

Date Signature of Guardian/or Authorized representative

Date Witness

PTID:

Recipient ID:

Record No.: