



CONFIDENCIAL
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Aviso: Esta divulgación no se puede utilizar para divulgar información relacionada con el VIH ni para volver a divulgar información confidencial proporcionada a las agencias que se enumeran a continuación, excepto según lo permita la ley.

Nombre del solicitante:

Fecha de nacimiento:

Extent or Nature of Information to be Disclosed:

Evaluación psiquiátrica Evaluación de la atención
(Debe incluir actualizaciones clínicas actuales)
Evaluación psicosocial / historial de cuidados
Plan de admisión y alta hospitalaria (si corresponde)
Resultados del examen físico y de la prueba de tuberculosis (si corresponde)
Formulario de medicación PRN de venta libre (si corresponde)
Autorización del médico (si corresponde)

Otro:

Finalidad o necesidad de información

Para facilitar una remisión para servicios residenciales y / o de coordinación de la atención, determine la elegibilidad para dichos servicios y evalúe la idoneidad de los solicitantes para los diversos programas disponibles.

Información que se divulga de: (nombre, dirección y cargo de la persona / organización / instalación / programa) Favor Complete esta sección

Información que se divulga a: (NOTA: Todas las referencias van directamente al Coordinador de SPOA, quien luego las difunde a los programas apropiados que se enumeran a continuación cuando hay una vacante)

ACCESS Supports for Living, Inc.		Preferred Home Care
Action Toward Independence, Inc.		Project Life
tor Servi e		Safe Homes of Orange County/Fearless
Bon Secours Community Hospital	HONORehg.	Sun River Health
Brightpoint Care	Hudson Valley Care Coalition	RECAP
Catholic Charities of Orange & Sullivan	Hudson Valley Community Services Independent	Rehabilitation Support Services, Inc.
Community Home Health Care	Living, Inc.	Rockland Psychiatric Center Wellpath
Cornerstone Family Health Center	Mental Health Association in Orange County, Inc.	
Crystal Run Health Care	Montefiore St. Luke's Cornwall Hospital NAMI/	
Crystal Run Village, Inc.	AMICO	
Evercare	Orange County Department of Mental Health	
Garnet Health Counseling Services	Orange County Department of Social Services	
Garnet Health Medical Center -Orange	People, USA	

Por la presente autorizo la divulgación de la información anterior a las personas / organizaciones / instalaciones / programas identificados anteriormente. Entiendo que la información es confidencial y está protegida contra su divulgación. También entiendo que tengo derecho a cancelar mi permiso para divulgar información en cualquier momento por escrito. Esta autorización vencerá cuando se lleve a cabo una colocación final de SPOA.

Firma del solicitante _____ Fecha de la firma _____

Firma del testigo _____ Relación con el solicitante _____ Fecha de la firma _____