

Christopher J. BH. Bauchman, PsyD, LLC
Licensed Psychologist
100 Village Square Crossing, Ste. 204
Palm Beach Gardens, FL 33410

Divulgación de Información Privada

Esta forma autoriza la divulgación de información protegida de su historia clínica a la persona que usted designe.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo autorizo Christopher J. BH. Bauchman, PsyD,, a comunicar: Todas las notas de tratamiento de salud mental, planes de tratamiento e informes de evaluación de los efectos de la evaluación y la planificación del tratamiento. Esta información sólo debe ser comunicado a:

Yo autorizo a la persona a continuación; a comunicar: Todas las notas de tratamiento de salud mental, planes de tratamiento e informes de evaluación de los efectos de la evaluación y la planificación del tratamiento.

Esta información sólo debe ser comunicado a: Christopher J. BH. Bauchman, PsyD.

Información de la lista abajo tiene leyes adicionales relacionados con su uso y divulgación. Entiendo y acepto que esta información será divulgada si pongo mis iniciales a continuación

_____ Información de salud mental	_____ Diagnóstico, Tratamiento e
	Información de Referencia de Drogas/Alcohol
_____ Información de VIH/SIDA	_____ Información de pruebas/evaluaciones

- ◆ Entiendo que la ley federal o estatal puede restringir nueva divulgación de información sobre el VIH/SIDA, la información sobre la salud mental, la genética información y pruebas de drogas/alcohol diagnóstico, tratamiento o información de referencia.
- ◆ Esta autorización se mantendrá vigente durante la duración de mi terapia con Christopher Bauchman, PsyD o menos que yo lo revoque en la escritura.
- ◆ Para revocar esta autorización, por favor envíe una declaración escrita a Christopher Bauchman, PsyD, y el estado que usted está revocando esta autorización. Esta autorización podrá ser revocada en cualquier momento. La única excepción es cuando la acción ha sido tomada en relación con la autorización o la autorización fue obtenida como condición para obtener un seguro.
- ◆ Entiendo que Christopher Bauchman, PsyD, por lo general no puede condicionar los servicios psicológicos en mi firmar una autorización a menos que los servicios psicológicos son proporcionados a mí con el propósito de crear información de salud para un tercero.
- ◆ Entiendo que la información usada o revelada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a divulgación por el destinatario de la información y ya no está protegido por la regla de privacidad HIPAA.

Firma: _____ Fecha: _____