

Divulgación de información de estudiantes de BHC

En Orchid, entendemos el importante papel que juega la escuela en la vida de un niño/adolescente. Para garantizar el más alto nivel de atención integral, los médicos de salud conductual de Orchid Health colaboran habitualmente con los estudiantes y el personal escolar. Esta colaboración es únicamente para la planificación del tratamiento, adaptaciones escolares, planes de comportamiento, aclaración de diagnósticos e información únicamente, en lo que se refiere a la salud conductual, mental y emocional del paciente/estudiante. La firma de este documento otorga consentimiento para la comunicación bidireccional relevante para la atención individual entre los médicos de salud conductual del paciente/estudiante y la escuela. Esto también otorga permiso para que el equipo de salud conductual de Orchid Health (que incluye a los pasantes) realice visitas a los estudiantes dentro de la escuela si se desean servicios.

Yo _____, autorizo a Orchid Health a compartir y discutir información con:

Nombre del paciente/Nombre del padre y/o tutor

- Todos los estudiantes menores de 14 años DEBEN tener la firma de un padre o tutor

Nombre de la escuela: _____ Distrito escolar: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, CP: _____

Descripción de la información a divulgar

** El paciente debe poner sus **iniciales** en cada elemento que se divulgará **

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación | <input type="checkbox"/> Información Educativa |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Alta/Transferencia Resumen |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psicosocial | <input type="checkbox"/> Plan de Atención Continua |
| <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Progreso en el tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Plan o resumen de tratamiento | <input type="checkbox"/> Información demográfica |
| <input type="checkbox"/> Actualización de tratamiento actual | <input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia** |
| <input type="checkbox"/> Información sobre administración de medicamentos | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Presencia/Participación en el Tratamiento | <input type="checkbox"/> NO compartir información con el personal de la escuela |
| <input type="checkbox"/> Información médica/de enfermería | ** No se puede combinar con ninguna otra divulgación |

Propósito de la divulgación: _____



Al firmar a continuación, reconozco que me siento cómodo con que los médicos de salud conductual de Orchid Health discutan la información rubricada anteriormente con el personal de consejería escolar según sea necesario. También doy permiso a los médicos de salud conductual de Orchid Health para discutir información con otro personal de la escuela (maestros, directores, etc.) _____

Esta información puede usarse o divulgarse en relación con tratamientos de salud mental, pagos u operaciones de atención médica.

Nombre del paciente: _____ Número de contacto del paciente: _____

Dirección actual _____ Fecha Nac. _____

Ciudad, Estado, CP: _____ Correo electrónico: _____

Orchid Health Clinics:

- Wade Creek Clinic:** 535 NE 6th Ave, Estacada OR 97023 **Teléfono:** 503.630.8550 **Fax:** 503.630.8551
- Oakridge Clinic:** 47815 HWY 58, Oakridge OR 97463 **Teléfono:** 541.782.8304 **Fax:** 541.782.5823
- McKenzie River Clinic:** 54771 McKenzie Hwy, Blue River OR **Teléfono:** 541.822.3341 **Fax:** 833.905.2303
- Fern Ridge Clinic:** 24934 Fir Grove Ln. Elmira, OR 97437 **Teléfono:** 541.234.3255 **Fax:** 541.508.4135
- Sandy Clinic:** 37400 Bell St, Sandy OR 97055 **Teléfono:** 971.220.2701 **Fax:** 503.210.8681

Tipo de información que se divulgará: Información que está rubricada anteriormente.

Esta autorización vencerá un año a partir de la fecha de la firma a continuación. Entiendo que puedo cambiar de opinión sobre esta autorización en cualquier momento escribiendo a Orchid Health, pero que cualquier información ya transferida permanecerá en el Sistema de registros médicos confidenciales de Orchid Health.

También entiendo que:

- No estoy obligado a firmar esta autorización y mi atención médica o el pago de la atención no se verán afectados por mi negativa.
- Las regulaciones federales de privacidad ya no se aplican a la información divulgada, y Orchid Health puede volver a divulgar la información si es relevante para la consulta o si usted solicita que transfiramos sus registros a otra ubicación.
- Se me permite solicitar y recibir una copia de esta Autorización.

Firma (del tutor legal si es menor de 14 años) _____ Fecha _____

Relación con el paciente: _____ Vence (1 año a partir de la fecha de firma) _____

El representante de la clínica deberá poner sus iniciales cuando esté completo (si corresponde)

_____ carga completa en el sistema de registros médicos confidenciales del paciente