Autorización de contacto de emergencia

Información del cliente

Nombre legal del cliente\*

Fecha de nacimiento del cliente\*

Número de seguro o de Medicaid del cliente

Declaración de Autorización

Autorizo a Transformations Hope for Today's Families LLC, 4010 Dupont Circle Suite 582, Louisville KY 40207, teléfono/fax 502-899-5411, correo electrónico seguro office@transformationsllc.net, y a sus representantes, y a la siguiente persona y/o organización:

Nombre y apellido de la persona autorizada\*

Relación con el cliente\*

Dirección de la persona autorizada\*

Dirección

Dirección Línea 2

Ciudad

Estado / Provincia / Región

Código postal

Número de teléfono del autorizado\*.

Dirección de correo electrónico del autorizado

Para compartir la información de mi Información Sanitaria Protegida, necesaria para obtener prevención y tratamiento.

Entiendo que el propósito de esta autorización es compartir la información necesaria para obtener atención médica de emergencia.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que Transformations, LLC y sus representantes no permitirán que mi negativa interfiera con la recepción o el pago de los servicios de salud mental.

Entiendo que la negativa a completar y firmar una autorización para la liberación de emergencia, por las regulaciones estatales, prohibirá que el cliente participe en las sesiones de Telesalud.

Entiendo que puedo revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito a Transformations en la dirección indicada anteriormente, excepto si Transformations o su representante ha tomado alguna acción basada en una autorización previa u obtenido mi autorización con el propósito de recibir un reembolso de un tercero.

Esta autorización expirará un año después de la fecha de la firma, o inmediatamente después de la revocación de la autorización.

Entiendo que de acuerdo con KRS 304.17A-555-Derecho de Privacidad del Paciente con respecto a la Salud Mental o Dependencia Química-Autorización de Divulgación, mi Información de Salud Protegida, utilizada y/o compartida bajo esta autorización no puede ser compartida por el receptor de la información más allá del propósito para el cual se dio mi autorización, sin obtener primero mi consentimiento específico por escrito para la re-divulgación.

La explicación de las prácticas y servicios está disponible en nuestro sitio web o a su solicitud.

He leído y comprendido la información anterior y estoy legalmente capacitado para autorizar que se comparta esta información sanitaria protegida. \*

Sí

Firma del cliente o del tutor legal\*

Nombre de la persona que firma\*

Relación con el cliente\*

Dirección de correo electrónico\*

Fecha de la firma\*

Traducción realizada con la versión gratuita del traductor www.DeepL.com/Translator