



THRIVE BEHAVIORAL HEALTH

Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G
Millersville, MD 21108
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd
Rosedale, MD 21237
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235
Silver Spring, MD 20904
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220
Catonsville, MD 21228
Fax (410) 747-7000

Client Name: _____ Date of Birth: _____ MA#: _____
Address: _____ City: _____ ST _____ Zipcode _____

Consentimiento para el tratamiento

Estoy solicitando y autorizando a THRIVE Behavioral Health para que brinde servicios de salud mental a mí / a mi hijo como se indicó anteriormente.

- Estos servicios de salud mental pueden incluir servicios de terapia individual, familiar y / o grupal.
- Acepto una Evaluación de diagnóstico para determinar si el tratamiento es apropiado para mí / mi hijo.
- Acepto que un psiquiatra me evalúe para una Evaluación de diagnóstico para determinar si el psiquiatra tiene alguna recomendación, incluso medicamentos o referencias a otros servicios. Entiendo que se me informará sobre los efectos secundarios de los medicamentos recetados.
- Entiendo que la terapia implica, a veces, discutir temas emocionales, dolorosos y temas apropiados para la edad. (Esto incluye, entre otros, abuso en el pasado / actual, negligencia, trauma, autocuidado, bienestar y opciones de control de la natalidad).

La confidencialidad y sus limitaciones han sido revisadas conmigo. Entiendo que:

- Promover que el personal se comunique con otros miembros del equipo de tratamiento de Thrive según sea clínicamente apropiado para garantizar la calidad de la atención, como los psiquiatras, supervisores, directores y otro personal.
- Thrive debe informar el abuso sospechado de un niño, adolescente o adulto vulnerable, incluso si el abuso ocurrió en el pasado, se cree que el perpetrador ha fallecido, o el abuso se informó anteriormente.
- Thrive debe tomar medidas para garantizar la seguridad si alguien presenta un peligro inminente para sí mismo o para otros, como buscar hospitalización de emergencia o informar una amenaza a un individuo o grupo de personas.
- Las reglamentaciones de Maryland exigen que Thrive responda preguntas relacionadas con las investigaciones de OPEN, servicio de protección activa, incluso si el personal de Thrive cree que la agencia no tiene información útil para ofrecer.
- Prosperar debe responder a las citaciones, pero el personal de Thrive generalmente consulta con un abogado antes de divulgar información privilegiada.
- Que la información compartida por un niño o adolescente generalmente se mantiene en privado y no se comparte con los padres, a menos que exista una indicación de que existe un peligro inminente para el niño u otras personas.

En caso de emergencia (incluidos los médicos y la preocupación por el peligro para sí mismo u otros), autorizo al personal de Thrive Behavioral Health a proporcionar o buscar tratamiento médico de emergencia u otras intervenciones necesarias para promover la seguridad.

CLIENTES DE 16 AÑOS Y MAYORES: La ley de Maryland otorga el derecho a cualquier persona de 16 años o más a participar en las decisiones sobre su tratamiento de salud mental. Sin embargo, un padre o tutor de una persona menor de 18 años puede autorizar el tratamiento, incluso por encima de la objeción del menor. La ley también señala que, en ocasiones, algunas personas no pueden tomar decisiones sobre el tratamiento. La ley de Maryland establece que tiene derecho a tomar decisiones por adelantado, incluidas las decisiones de tratamiento de salud mental, a través de un proceso llamado directiva anticipada. Una directiva anticipada se puede utilizar para indicar su elección de tratamiento o se puede usar para nombrar a un agente de atención médica, que es alguien que puede tomar decisiones de atención médica por usted.

_____ No tengo una directiva avanzada de salud mental, pero sé que puedo solicitar que mi terapeuta me ayude a desarrollar una si así que elige.

_____ Tengo una directiva avanzada y le proporcionaré a mi terapeuta una copia de esta directiva.

Cliente adulto o padre / tutor de un cliente menor

Fecha

Testigo / clínico

Fecha



THRIVE BEHAVIORAL HEALTH

Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G
Millersville, MD 21108
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd
Rosedale, MD 21237
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235
Silver Spring, MD 20904
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220
Catonsville, MD 21228
Fax (410) 747-7000

Client Name: _____ Date of Birth: _____ MA#: _____
Address: _____ City: _____ ST _____ Zipcode _____

Informacion Util

Plan de Crisis

En caso de una emergencia (por ejemplo, alguien que está en peligro de hacerse daño a sí mismos oa otras personas) u otras situaciones de crisis que no pueden esperar la respuesta de su terapeuta, puede comunicarse con nuestra clínica y acceder a la línea de emergencia fuera del horario habitual. Los operadores telefónicos pueden recomendarle que llame al 911, vaya a la sala de emergencias más cercana o que se comunique con uno de los siguientes:

Línea directa para crisis de Anne Arundel: 410-768-5522

Respuesta de crisis de la ciudad de Baltimore: 410-433-5175

Respuesta de Crisis del Condado de Baltimore: 410-931-2214

Respuesta de Crisis del Condado de Harford: 410-638-5248

Respuesta de crisis del condado de Howard: 410-531-6677

Línea directa de crisis del condado de Montgomery: 240-777-4000

Línea directa de crisis de Prince George: 301-429-2185

Derechos del Cliente

Los clientes tienen derecho a ser tratados con respeto, a conocer su condición y su progreso, a participar en la planificación de su tratamiento y a que se les ofrezca una copia, a que soliciten sus registros de salud mental, a menos que el equipo de tratamiento determine que causaría un daño divulgarlos, para finalizar sus servicios En cualquier momento, y para conocer la naturaleza y efectos secundarios de los tratamientos.

Puede solicitar una transferencia de terapeuta por única vez si siente que no se está conectando terapéuticamente con ellos. También puede solicitar una transferencia de prescriptor por única vez si hay uno disponible en su ubicación. Una vez que el proceso de descarga haya comenzado, las solicitudes de transferencia ya no serán concedidas.

Política de Quejas/Comentarios

Si no está conforme con la forma en que lo trataron o tiene una inquietud, le invitamos a que nos informe cómo podemos mejorar nuestro programa y nuestros servicios. Como tal, siga estos pasos:

Paso 1- Discute la preocupación con tu terapeuta.

Paso 2- Si cree que no se abordó su inquietud, puede comunicarse con un supervisor o dejar un mensaje al 410-780-5203.

Paso 3- Si ha tomado los pasos 1 y 2, puede enviar su reclamo por escrito y enviarlo por correo a nuestro programa. Diríjalo a la atención del Director del Programa en la dirección marcada anteriormente.

Paso 4- Tiene la opción de enviar un evento de seguridad del paciente o una inquietud a la Comisión Conjunta a través del sitio web: https://www.jointcommission.org/report_a_complaint.aspx.

Thrive Behavioral Health también recibe comentarios a través de nuestras encuestas de satisfacción del cliente. Por favor, acceda a la encuesta en el enlace proporcionado aquí: <https://www.surveymonkey.com/r/ThriveCSS18>

Responsabilidades generales

- Sigue la **política de asistencia** y reúnete con tu terapeuta regularmente.
- Proporcione información **actualizada sobre teléfonos, direcciones y seguros** a Thrive.
- Asistir a las citas **despierto y alerta**. No se permite al personal reunirse con los clientes si parece que el cliente, el tutor o otras personas están durmiendo, arrastrando las palabras, asintiendo o otros indicadores de posibles complicaciones de medicamentos o uso de sustancias.
- **No grabe videos ni grabe a un miembro del personal**, visitante o local de Thrive sin el consentimiento por escrito de Thrive Behavioral Health.
- **No falsifique ni altere ningún documento** relacionado con Thrive Behavioral Health.
- **No cometa actos ilegales** mientras un miembro del personal de Thrive esté en las instalaciones o mientras se encuentre en un lugar de Thrive Behavioral Health.



THRIVE BEHAVIORAL HEALTH

Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G
Millersville, MD 21108
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd
Rosedale, MD 21237
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235
Silver Spring, MD 20904
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220
Catonsville, MD 21228
Fax (410) 747-7000

Client Name: _____ Date of Birth: _____ MA#: _____
Address: _____ City: _____ ST _____ Zipcode _____

Responsabilidades de seguridad

- Bajo ninguna circunstancia se tolerarán **amenazas o comportamientos perturbadores**. Thrive se reserva el derecho de cerrar su caso inmediatamente si usted (o alguien más en la casa) grita, maldice o amenaza o implica una amenaza de daño hacia un miembro del personal o hacia otros cuando un miembro del personal está presente.
- Bajo ninguna circunstancia los visitantes pueden estar en posesión de **armas, alcohol, parafernalia de drogas o drogas ilegales** mientras estén en la clínica o en las instalaciones; y si está recibiendo servicios en el hogar, asegúrese de que su hogar o el entorno de tratamiento se mantengan libres de lo anterior en cualquier momento durante el cual el terapeuta esté presente brindando servicios.
- Informe a Thrive si hay un **delincuente sexual registrado** que vive o visita la casa para recibir servicios en el hogar. El personal no tiene permitido proporcionar servicios en el hogar donde vive o visita un delincuente sexual registrado.

Responsabilidades relacionadas con la medicación:

- Tomar los medicamentos según **lo prescrito**. El uso indebido, el uso excesivo y la interrupción / inicio de los medicamentos sin consultar con el profesional que receta pueden ser peligrosos.
- **Informar al prescriptor** de todos los medicamentos o sustancias que se toman o usan. Esto incluye metadona y vitaminas.
- Mantenga los medicamentos **cerrados y seguros**.
- Para clientes menores: asegúrese de que la medicación sea **supervisada por un adulto responsable**.

Política de Descargo

Thrive se reserva el derecho de cerrar el caso de un cliente en cualquier momento. Las razones para el alta incluyen:

- No cumplir con las responsabilidades generales, de seguridad o relacionadas con la medicación. El cumplimiento exitoso de los objetivos o del cliente ya no está experimentando síntomas de salud mental que cumplan con los criterios para un diagnóstico calificado.
- Una recomendación clínica de que un cliente necesita servicios más intensivos (es decir, una PIO o una colocación residencial).
- Si el enfoque principal del tratamiento está o está fuera del alcance de los servicios proporcionados por Thrive Behavioral Health (por ejemplo, abuso/uso de sustancias, trastorno del espectro autista, trastornos de la alimentación), esta agencia se referirá a un proveedor apropiado y es posible que tenga que terminar servicios.
- Un cliente no ha asistido a una cita en los últimos 60 días o no ha podido ser contactado por 60 días.
- El cliente y el terapeuta no pueden encontrar un lugar apropiado para reunirse para las sesiones de terapia.

Si un cliente es descargado, el programa notificará al cliente por escrito enviando una carta a la última dirección conocida y le proporcionará una lista de otros recursos en el área donde el cliente puede buscar tratamiento. El cliente puede volver a solicitar los servicios después de los 90 días y solicitar que se revise su caso para determinar (si el cliente es elegible para regresar y reanudar los servicios es apropiado). Si a un cliente ya se le ha enviado una carta de descargo, el cliente no recibirá una transferencia de terapeuta o prescriptor.

Horario de Programa

Las horas de oficina de Thrive son de 9am a 5:30pm, El lunes y jueves, de 9am a 5pm. el miércoles, de 9 a 3pm El viernes y las horas extendidas de la tarde los martes de 9am a 6:30pm. Los terapeutas prósperos generalmente trabajan en horarios laborales normales, pero los terapeutas individuales pueden trabajar horas adicionales según la necesidad y la disponibilidad.

Descripción del programa

Thrive ofrece servicios tanto clínicos como externos en el estado de Maryland. El programa externo Thrive ofrece servicios de salud mental para adultos, niños y familias en sus hogares y en la comunidad. Thrive también proporciona servicios de salud mental basados en la escuela. Thrive ofrecerá apoyo para encontrar transporte a citas psiquiátricas cuando estén disponibles. La terapia



THRIVE BEHAVIORAL HEALTH

Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G
Millersville, MD 21108
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd
Rosedale, MD 21237
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235
Silver Spring, MD 20904
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220
Catonsville, MD 21228
Fax (410) 747-7000

Client Name: _____ Date of Birth: _____ MA#: _____
Address: _____ City: _____ ST _____ Zipcode _____

implica, a veces, discutir temas emocionales, dolorosos y apropiados para su edad. Esto incluye pero no se limita a las opciones de abuso pasado/actual, negligencia, trauma, cuidado personal, bienestar y control de la natalidad.

Comunicacion

Los terapeutas externos generalmente se comunican con los clientes a través de teléfonos celulares y mensajes de texto. Los mensajes de texto deben limitarse a la programación de citas y / o asistencia a la cita. Cualquier comunicación, además de la información relacionada con la programación de citas, debe realizarse durante la sesión o mediante una llamada telefónica. La falta de cumplimiento puede dar lugar a una referencia a otro entorno de tratamiento.

Tiempos de sesión terapéutica

Los médicos de Thrive ofrecen los siguientes tipos de citas y pueden variar según la necesidad clínica, los horarios y la disponibilidad del cliente:

Sesiones completas individuales y familiares que van de 38 a 60 minutos (adultos solo una sesión de terapia familiar completa)
Sesiones breves individuales y familiares de 17 a 37 minutos y Terapia de grupo para 3 o más personas de 38 a 52 minutos.

Póliza de no pago/seguro

1. Certifico que el cliente (yo o mi hijo) no tiene seguro privado.
2. Certifico que el cliente (yo o mi hijo) no tiene Medicare.
3. Entiendo que seré responsable de cualquier tarifa que la compañía de seguros no reembolse, que Thrive no será consciente de la tarifa hasta después de que la compañía de seguros haya sido facturada, y que Thrive me informará sobre las tarifas una vez que se haya informado a Thrive .
4. Entiendo que cualquier problema de seguro que pueda tener es entre yo y mi compañía de seguros, no THRIVE.
5. Autorizo el pago directamente a THRIVE de los beneficios de seguro que de otra manera me serían pagaderos.
6. Entiendo que si no he proporcionado información precisa, Thrive puede cobrarme la tarifa normal y habitual según se determina en el momento en que se prestan los servicios y soy responsable de estas tarifas.
7. Si la cobertura del seguro cambia en cualquier momento, es mi responsabilidad notificar a Thrive sobre los cambios. Informaré inmediatamente al terapeuta si el cliente:
 - a. Tiene su asistencia médica cortada o ya no está activa
 - b. Tiene un seguro privado activo (generalmente a través de un trabajo o un trabajo de familiares) o adquiere Medicare
 - c. Aplica por discapacidad (ya que esto puede resultar en que el cliente reciba Medicare)

Compromiso familiar y apoyo natural

Thrive Behavioral Health reconoce la importancia de un sistema de apoyo en la vida de uno. Thrive fomenta la comunicación continua con un sistema de asistencia al cliente, según sea apropiado, particularmente en lo que respecta a la identificación de preferencias, necesidades, fortalezas y el progreso de la meta de apoyo.

Para los clientes adultos, Thrive agradece, pero no requiere, la participación de miembros de la familia, amigos, líderes religiosos y/u otras personas involucradas en apoyar el progreso de los clientes hacia las metas.

Para clientes de niños, adolescentes y adolescentes, Thrive enfatiza la importancia de la participación de la familia en el tratamiento. Se espera que los cuidadores / tutores participen en la terapia familiar de manera constante. La terapia familiar puede ayudar al niño, adolescente y / o adolescente a progresar a través de una amplia gama de intervenciones. Estas intervenciones incluyen: planificación de metas y revisión del progreso, identificar y apoyar el uso de habilidades de afrontamiento saludables, fomentar la comunicación positiva y el establecimiento de límites, reconocer las fortalezas sobre las que se puede desarrollar, identificar apoyos o recursos positivos y completar la planificación de la seguridad.

Thrive se reserva el derecho de interrumpir los servicios si no puede asistir a un plan de tratamiento mutuo con respecto a la participación de la familia en los servicios. Thrive no puede proporcionar servicios a menores cuyos padres no han revisado y firmado planes de tratamiento durante todo el tratamiento. Los clientes que tienen 16 o 17 años pueden dar su consentimiento para



THRIVE BEHAVIORAL HEALTH

Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G
Millersville, MD 21108
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd
Rosedale, MD 21237
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235
Silver Spring, MD 20904
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220
Catonsville, MD 21228
Fax (410) 747-7000

Client Name: _____ Date of Birth: _____ MA#: _____
Address: _____ City: _____ ST _____ Zipcode _____

un tratamiento de salud mental en el estado de Maryland, pero Thrive requiere la participación de un padre/tutor para recetar medicamentos psicotrópicos.

Política de medicamentos

La política de Thrive es que no se escribirán recetas de benzodiazepina para clientes nuevos o que regresan. Por lo general, Thrive se remite al prescriptor anterior para reducir gradualmente las benzodiazepinas. Thrive no escribe resurtidos por recetas o medicamentos perdidos o robados. Los clientes deben estar presentes y ser vistos para que se escriba una receta. Se espera que los tutores legales y los cuidadores estén presentes en las citas.

Política de asistencia

Si necesita reprogramar una cita, se comunicará con su terapeuta al menos 24 horas antes de la cita programada. Se considera una cita no presentada o perdida si usted:

- Avisar con menos de 24 horas para una cita a la que no asistirá
- Llegan más de 10 minutos tarde a citas de psiquiatría o terapia
- Si no está en el lugar de reunión acordado y no responde a los intentos de contactarlo.
- No se presente a su cita.

También reconoce que comprende que lo siguiente llevará al descargo de servicios inmediata:

- Falta de 3 o más citas en un período de 6 meses
- Falta una evaluación psiquiátrica o reevaluación.
- Falta 2 citas de psiquiatría en 6 meses.

Política de cita para la primera terapia

Su terapeuta principal se pondrá en contacto con usted dentro de 2 semanas. Si no tiene noticias de alguien, comuníquese con su terapeuta de admisión. Si no responde y asiste a una cita dentro de los 30 días posteriores a su admisión, asumiremos que ya no está interesado en los servicios y su caso se cerrará. Si este es el caso, puede comunicarse con su compañía de seguros o con uno de los números de crisis en el frente de esta página para buscar servicios en otro lugar.

Cliente adulto o padre / tutor de un cliente menor

Fecha

Testigo / clínico

Fecha



THRIVE BEHAVIORAL HEALTH

Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G
Millersville, MD 21108
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd
Rosedale, MD 21237
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235
Silver Spring, MD 20904
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220
Catonsville, MD 21228
Fax (410) 747-7000

Client Name: _____ Date of Birth: _____ MA#: _____
Address: _____ City: _____ ST _____ Zipcode _____

MÉDICO

- El cliente actualmente no tiene un PCP
- El cliente actualmente busca un PCP
- El cliente prefiere no lanzar en este momento
- El cliente no puede recuperar información

Autorización y consentimiento para la divulgación de información

QUIEN

Al firmar a continuación, autorizo a Thrive Behavioral Health y a los miembros del personal a divulgar y recibir información escrita y/o verbal relacionada con el cliente mencionado anteriormente a la persona o agencia que se indica a continuación:

Para y de: _____ Numero: _____ Fax: _____
Direccion (si está disponible): _____ Fecha de Servicios: Any and all, a menos que se indique aquí:

QUE

Autorizo específicamente el intercambio de la siguiente información:

- ___ Registros médicos
- ___ Registros escolares y educativos
- ___ Discusión verbal del caso (que incluye, entre otros, diagnóstico, asistencia, progreso del tratamiento, intervenciones, historia psicosocial y recomendaciones).
- ___ Registros de salud mental que incluyen evaluaciones, planes de tratamiento individualizados e historial de medicación
- ___ Información relacionada y / o incluyendo el uso de sustancias, antecedentes de abuso de sustancias, evaluación, tratamiento, progreso y referidos

___ Información relacionada y / o que incluye VIH, SIDA u otra información relacionada con ETS

___ Otro: _____

PORQUE

- ___ Continuidad de la coordinación cuidado/tratamiento
- ___ Solicitud del cliente o padre / tutor legal
- ___ Propósitos legales
- ___ Other: _____

Información Importante

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento no se verá afectado si no firmo esta autorización. Entiendo que los psiquiatras o enfermeros practicantes de Thrive no están obligados a recetar medicamentos si determinan que no tienen suficiente información para tomar una decisión médica informada.
- Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario y se especifique aquí: _____.
- Puedo revocar / retirar esta autorización, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de recibir la revocación / retiro, notificando Thrive por escrito de la retirada de la autorización para divulgar información.
- Una vez que mi información de salud es intercambiada / liberada, es posible que ya no esté protegida por la ley federal y que la persona (s) que la reciba pueda divulgarla.
- La información médica divulgada puede contener información relacionada con el estado del VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcohol, etc.

Firma

Cliente/Guardián legal: _____

Fecha: _____

Relacion al cliente: ___ yo ___ Otro: _____ (debe tener tutela legal para autorizar la divulgación de información)



THRIVE BEHAVIORAL HEALTH

Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G
Millersville, MD 21108
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd
Rosedale, MD 21237
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235
Silver Spring, MD 20904
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220
Catonsville, MD 21228
Fax (410) 747-7000

Client Name: _____ Date of Birth: _____ MA#: _____
Address: _____ City: _____ ST _____ Zipcode _____

Psiquiatra anterior y / o proveedor de salud mental

- Actualmente no tiene un psiquiatra anterior
- No quiere divulgar información del psiquiatra anterior
- El cliente no puede recuperar información

Autorización y consentimiento para la divulgación de información

QUIEN

Al firmar a continuación, autorizo a Thrive Behavioral Health y a los miembros del personal a divulgar y recibir información escrita y/o verbal relacionada con el cliente mencionado anteriormente a la persona o agencia que se indica a continuación:

Para y De: _____ Numero de Telefono: _____ Fax: _____
Dirreccion (si esta disponible): _____ Fechas de Servicio: Any and all, a menos que se indique aquí:

QUE

Autorizo específicamente el intercambio de la siguiente información:

- Registros médicos
- Registros escolares y educativos
- Discusión verbal del caso (que incluye, entre otros, diagnóstico, asistencia, progreso del tratamiento, intervenciones, historia psicosocial y recomendaciones).
- Registros de salud mental que incluyen evaluaciones, planes de tratamiento individualizados e historial de medicación
- Información relacionada y / o incluyendo el uso de sustancias, antecedentes de abuso de sustancias, evaluación, tratamiento, progreso y referidos

Información relacionada y / o que incluye VIH, SIDA u otra información relacionada con ETS

Otro: _____

PORQUE

Continuidad de la coordinación cuidado/tratamiento Solicitud del cliente o padre / tutor legal Propósitos legales Other: _____

Informacion Importante

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento no se verá afectado si no firmo esta autorización. Entiendo que los psiquiatras o enfermeros practicantes de Thrive no están obligados a recetar medicamentos si determinan que no tienen suficiente información para tomar una decisión médica informada.
- Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario y se especifique aquí: _____.
- Puedo revocar / retirar esta autorización, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de recibir la revocación / retiro, notificando Thrive por escrito de la retirada de la autorización para divulgar información.
- Una vez que mi información de salud es intercambiada / liberada, es posible que ya no esté protegida por la ley federal y que la persona (s) que la reciba pueda divulgarla.
- La información médica divulgada puede contener información relacionada con el estado del VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcohol, etc.

Firma

Cliente/ Guardián Legal: _____

Fecha: _____

Relacion al Cliente: Yo Otro: _____ (debe tener tutela legal para autorizar la divulgación de información)



THRIVE BEHAVIORAL HEALTH

Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G
Millersville, MD 21108
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd
Rosedale, MD 21237
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235
Silver Spring, MD 20904
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220
Catonsville, MD 21228
Fax (410) 747-7000

Client Name: _____ Date of Birth: _____ MA#: _____
Address: _____ City: _____ ST _____ Zipcode _____

Hospitalización psiquiátrica previa

- No tiene proveedor anterior
- No quiere liberar información del proveedor anterior
- El cliente no puede recuperar información

Autorización y consentimiento para la divulgación de información

QUIEN

Al firmar a continuación, autorizo a Thrive Behavioral Health y a los miembros del personal a divulgar y recibir información escrita y / o verbal relacionada con el cliente mencionado anteriormente a la persona o agencia que se indica a continuación:

Para y De: _____ Numero de Telefono: _____ Fax: _____
Direccion (Si esta Disponible): _____ Fecha de Servicios : Any and all, a menos que se indique aquí: _

QUE

Autorizo específicamente el intercambio de la siguiente información:

- Registros médicos
- Registros escolares y educativos
- Discusión verbal del caso (que incluye, entre otros, diagnóstico, asistencia, progreso del tratamiento, intervenciones, historia psicosocial y recomendaciones).
- Registros de salud mental que incluyen evaluaciones, planes de tratamiento individualizados e historial de medicación
- Información relacionada y / o incluyendo el uso de sustancias, antecedentes de abuso de sustancias, evaluación, tratamiento, progreso y referidos

Información relacionada y / o que incluye VIH, SIDA u otra información relacionada con ETS

Otro: _____

PORQUE

Continuidad de la coordinación cuidado/tratamiento Solicitud del cliente o padre / tutor legal Propósitos legales Other: _____

Informacion Importante

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento no se verá afectado si no firmo esta autorización. Entiendo que los psiquiatras o enfermeros practicantes de Thrive no están obligados a recetar medicamentos si determinan que no tienen suficiente información para tomar una decisión médica informada.
- Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario y se especifique aquí: _____.
- Puedo revocar / retirar esta autorización, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de recibir la revocación / retiro, notificando Thrive por escrito de la retirada de la autorización para divulgar información.
- Una vez que mi información de salud es intercambiada / liberada, es posible que ya no esté protegida por la ley federal y que la persona (s) que la reciba pueda divulgarla.
- La información médica divulgada puede contener información relacionada con el estado del VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcohol, etc.

Firma

Cliente/ Guardian Legal: _____ Fecha: _____

Relacion al Cliente: Yo Otro: _____ (debe tener tutela legal para autorizar la divulgación de información)



THRIVE BEHAVIORAL HEALTH

Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G
Millersville, MD 21108
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd
Rosedale, MD 21237
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235
Silver Spring, MD 20904
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220
Catonsville, MD 21228
Fax (410) 747-7000

Client Name: _____ Date of Birth: _____ MA#: _____
Address: _____ City: _____ ST _____ Zipcode _____

Farmacia

- Cliente no tiene farmacia
- No desea divulgar información hacia / desde la farmacia
- El cliente no puede recuperar información

Autorización y consentimiento para la divulgación de información

QUIEN

Al firmar a continuación, autorizo a **Thrive Behavioral Health** y a los miembros del personal a divulgar y recibir información escrita y / o verbal relacionada con el cliente mencionado anteriormente a la persona o agencia que se indica a continuación:

Para y De: _____ Numero de Telefono: _____ Fax: _____
Direccion (Si esta Disponible): _____ Fecha de Servicios : Any and all, a menos que se indique aquí:

QUE

Autorizo específicamente el intercambio de la siguiente información:

- ___ Registros médicos
- ___ Registros escolares y educativos
- ___ Discusión verbal del caso (que incluye, entre otros, diagnóstico, asistencia, progreso del tratamiento, intervenciones, historia psicosocial y recomendaciones).
- ___ Registros de salud mental que incluyen evaluaciones, planes de tratamiento individualizados e historial de medicación
- ___ Información relacionada y / o incluyendo el uso de sustancias, antecedentes de abuso de sustancias, evaluación, tratamiento, progreso y referidos

___ Información relacionada y / o que incluye VIH, SIDA u otra información relacionada con ETS

___ Otro: _____

PORQUE

___ Continuidad de la coordinación cuidado/tratamiento ___ Solicitud del cliente o padre / tutor legal ___ Propósitos legales ___ Other: _____

Información Importante

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento no se verá afectado si no firmo esta autorización. Entiendo que los psiquiatras o enfermeros practicantes de Thrive no están obligados a recetar medicamentos si determinan que no tienen suficiente información para tomar una decisión médica informada.
- Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario y se especifique aquí: _____.
- Puedo revocar / retirar esta autorización, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de recibir la revocación / retiro, notificando Thrive por escrito de la retirada de la autorización para divulgar información.
- Una vez que mi información de salud es intercambiada / liberada, es posible que ya no esté protegida por la ley federal y que la persona (s) que la reciba pueda divulgarla.
- La información médica divulgada puede contener información relacionada con el estado del VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcohol, etc.

Firma

Cliente/ Guardian Legal: _____

Fecha: _____

Relacion al Cliente: ___ Yo ___ Otro: _____ (debe tener tutela legal para autorizar la divulgación de información)



THRIVE BEHAVIORAL HEALTH

Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G
Millersville, MD 21108
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd
Rosedale, MD 21237
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235
Silver Spring, MD 20904
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220
Catonsville, MD 21228
Fax (410) 747-7000

Client Name: _____ Date of Birth: _____ MA#: _____
Address: _____ City: _____ ST _____ Zipcode _____

EDUCATIVO

- No accede a divulgar información a / desde la escuela
- El cliente no puede recuperar información
- No aplica

Autorización y consentimiento para la divulgación de información

QUIEN

Al firmar a continuación, autorizo a **Thrive Behavioral Health** y a los miembros del personal a divulgar y recibir información escrita y / o verbal relacionada con el cliente mencionado anteriormente a la persona o agencia que se indica a continuación:

Para y De: _____ Numero de Telefono: _____ Fax: _____
Direccion (Si esta Disponible): _____ Fecha de Servicios : Any and all, a menos que se indique aquí:

QUE

Autorizo específicamente el intercambio de la siguiente información:

- Registros médicos
- Registros escolares y educativos
- Discusión verbal del caso (que incluye, entre otros, diagnóstico, asistencia, progreso del tratamiento, intervenciones, historia psicosocial y recomendaciones).
- Registros de salud mental que incluyen evaluaciones, planes de tratamiento individualizados e historial de medicación
- Información relacionada y / o incluyendo el uso de sustancias, antecedentes de abuso de sustancias, evaluación, tratamiento, progreso y referidos
- Información relacionada y / o que incluye VIH, SIDA u otra información relacionada con ETS
- Otro: _____

PORQUE

Continuidad de la coordinación cuidado/tratamiento Solicitud del cliente o padre / tutor legal Propósitos legales Other: _____

Informacion Importante

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento no se verá afectado si no firmo esta autorización. Entiendo que los psiquiatras o enfermeros practicantes de Thrive no están obligados a recetar medicamentos si determinan que no tienen suficiente información para tomar una decisión médica informada.
- Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario y se especifique aquí: _____.
- Puedo revocar / retirar esta autorización, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de recibir la revocación / retiro, notificando Thrive por escrito de la retirada de la autorización para divulgar información.
- Una vez que mi información de salud es intercambiada / liberada, es posible que ya no esté protegida por la ley federal y que la persona (s) que la reciba pueda divulgarla.
- La información médica divulgada puede contener información relacionada con el estado del VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcohol, etc.

Firma

Cliente/ Guardián Legal: _____ Fecha: _____

Relacion al Cliente: Yo Otro: _____ (debe tener tutela legal para autorizar la divulgación de información)



THRIVE BEHAVIORAL HEALTH

Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G
Millersville, MD 21108
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd
Rosedale, MD 21237
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235
Silver Spring, MD 20904
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220
Catonsville, MD 21228
Fax (410) 747-7000

Client Name: _____ Date of Birth: _____ MA#: _____
Address: _____ City: _____ ST _____ Zipcode _____

PRP u otro proveedor actual de tratamiento

No aplica

Autorización y consentimiento para la divulgación de información

QUIEN

Al firmar a continuación, autorizo a **Thrive Behavioral Health** y a los miembros del personal a divulgar y recibir información escrita y / o verbal relacionada con el cliente mencionado anteriormente a la persona o agencia que se indica a continuación:

Para y De: _____ Numero de Telefono: _____ Fax: _____
Direccion (Si esta Disponible): _____ Fecha de Servicios : Any and all, a menos que se indique aquí:

QUE

Autorizo específicamente el intercambio de la siguiente información:

- Registros médicos
- Registros escolares y educativos
- Discusión verbal del caso (que incluye, entre otros, diagnóstico, asistencia, progreso del tratamiento, intervenciones, historia psicosocial y recomendaciones).
- Registros de salud mental que incluyen evaluaciones, planes de tratamiento individualizados e historial de medicación
- Información relacionada y / o incluyendo el uso de sustancias, antecedentes de abuso de sustancias, evaluación, tratamiento, progreso y referidos

Información relacionada y / o que incluye VIH, SIDA u otra información relacionada con ETS

Otro: _____

PORQUE

Continuidad de la coordinación cuidado/tratamiento Solicitud del cliente o padre / tutor legal Propósitos legales Other: _____

Información Importante

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento no se verá afectado si no firmo esta autorización. Entiendo que los psiquiatras o enfermeros practicantes de Thrive no están obligados a recetar medicamentos si determinan que no tienen suficiente información para tomar una decisión médica informada.
- Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario y se especifique aquí: _____.
- Puedo revocar / retirar esta autorización, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de recibir la revocación / retiro, notificando Thrive por escrito de la retirada de la autorización para divulgar información.
- Una vez que mi información de salud es intercambiada / liberada, es posible que ya no esté protegida por la ley federal y que la persona (s) que la reciba pueda divulgarla.
- La información médica divulgada puede contener información relacionada con el estado del VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcohol, etc.

Firma

Cliente/ Guardian Legal: _____

Fecha: _____

Relacion al Cliente: Yo Otro: _____ (debe tener tutela legal para autorizar la divulgación de información)



THRIVE BEHAVIORAL HEALTH

Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G
Millersville, MD 21108
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd
Rosedale, MD 21237
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235
Silver Spring, MD 20904
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220
Catonsville, MD 21228
Fax (410) 747-7000

Client Name: _____ Date of Birth: _____ MA#: _____
Address: _____ City: _____ ST _____ Zipcode _____

Agencia de referencia

No aplica

Autorización y consentimiento para la divulgación de información

QUIEN

Al firmar a continuación, autorizo a **Thrive Behavioral Health** y a los miembros del personal a divulgar y recibir información escrita y / o verbal relacionada con el cliente mencionado anteriormente a la persona o agencia que se indica a continuación:

Para y De: _____ Numero de Telefono: _____ Fax: _____

Direcion (Si esta Disponible): _____ Fecha de Servicios : Any and all, a menos que se indique aquí:

QUE

Autorizo específicamente el intercambio de la siguiente información:

- Registros médicos
- Registros escolares y educativos
- Discusión verbal del caso (que incluye, entre otros, diagnóstico, asistencia, progreso del tratamiento, intervenciones, historia psicosocial y recomendaciones).
- Registros de salud mental que incluyen evaluaciones, planes de tratamiento individualizados e historial de medicación
- Información relacionada y / o incluyendo el uso de sustancias, antecedentes de abuso de sustancias, evaluación, tratamiento, progreso y referidos

Información relacionada y / o que incluye VIH, SIDA u otra información relacionada con ETS

Otro: _____

PORQUE

Continuidad de la coordinación cuidado/tratamiento Solicitud del cliente o padre / tutor legal Propósitos legales Other: _____

Informacion Importante

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento no se verá afectado si no firmo esta autorización. Entiendo que los psiquiatras o enfermeros practicantes de Thrive no están obligados a recetar medicamentos si determinan que no tienen suficiente información para tomar una decisión médica informada.
- Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario y se especifique aquí: _____.
- Puedo revocar / retirar esta autorización, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de recibir la revocación / retiro, notificando Thrive por escrito de la retirada de la autorización para divulgar información.
- Una vez que mi información de salud es intercambiada / liberada, es posible que ya no esté protegida por la ley federal y que la persona (s) que la reciba pueda divulgarla.
- La información médica divulgada puede contener información relacionada con el estado del VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcohol, etc.

Firma

Cliente/ Guardián Legal: _____

Fecha: _____

Relacion al Cliente: Yo Otro: _____ (debe tener tutela legal para autorizar la divulgación de información)



THRIVE BEHAVIORAL HEALTH

Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G
Millersville, MD 21108
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd
Rosedale, MD 21237
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235
Silver Spring, MD 20904
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220
Catonsville, MD 21228
Fax (410) 747-7000

Client Name: _____ Date of Birth: _____ MA#: _____
Address: _____ City: _____ ST _____ Zipcode _____

Consentimiento para la divulgación de información-Otro

No aplica

Autorización y consentimiento para la divulgación de información

QUIEN

Al firmar a continuación, autorizo a **Thrive Behavioral Health** y a los miembros del personal a divulgar y recibir información escrita y / o verbal relacionada con el cliente mencionado anteriormente a la persona o agencia que se indica a continuación:

Para y De: _____ **Numero de Telefono:** _____ **Fax:** _____

Dirección (Si esta Disponible): _____ **Fecha de Servicios :** Any and all, a menos que se indique aquí:

QUE

Autorizo específicamente el intercambio de la siguiente información:

- Registros médicos
- Registros escolares y educativos
- Discusión verbal del caso (que incluye, entre otros, diagnóstico, asistencia, progreso del tratamiento, intervenciones, historia psicosocial y recomendaciones).
- Registros de salud mental que incluyen evaluaciones, planes de tratamiento individualizados e historial de medicación
- Información relacionada y / o incluyendo el uso de sustancias, antecedentes de abuso de sustancias, evaluación, tratamiento, progreso y referidos

Información relacionada y / o que incluye VIH, SIDA u otra información relacionada con ETS

Otro: _____

PORQUE

Continuidad de la coordinación cuidado/tratamiento Solicitud del cliente o padre / tutor legal Propósitos legales Other: _____

Información Importante

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento no se verá afectado si no firmo esta autorización. Entiendo que los psiquiatras o enfermeros practicantes de Thrive no están obligados a recetar medicamentos si determinan que no tienen suficiente información para tomar una decisión médica informada.
- Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario y se especifique aquí: _____.
- Puedo revocar / retirar esta autorización, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de recibir la revocación / retiro, notificando Thrive por escrito de la retirada de la autorización para divulgar información.
- Una vez que mi información de salud es intercambiada / liberada, es posible que ya no esté protegida por la ley federal y que la persona (s) que la reciba pueda divulgarla.
- La información médica divulgada puede contener información relacionada con el estado del VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcohol, etc.

Firma

Cliente/ Guardian Legal: _____

Fecha: _____

Relación al Cliente: Yo Otro: _____ (debe tener tutela legal para autorizar la divulgación de información)



THRIVE BEHAVIORAL HEALTH

Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G
Millersville, MD 21108
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd
Rosedale, MD 21237
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235
Silver Spring, MD 20904
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220
Catonsville, MD 21228
Fax (410) 747-7000

Client Name: _____ Date of Birth: _____ MA#: _____
Address: _____ City: _____ ST _____ Zipcode _____

Consentimiento para la divulgación de información-Otro

No aplica

Autorización y consentimiento para la divulgación de información

QUIEN

Al firmar a continuación, autorizo a **Thrive Behavioral Health** y a los miembros del personal a divulgar y recibir información escrita y / o verbal relacionada con el cliente mencionado anteriormente a la persona o agencia que se indica a continuación:

Para y De: _____ **Numero de Telefono:** _____ **Fax:** _____

Dirección (Si esta Disponible): _____ **Fecha de Servicios :** Any and all, a menos que se indique aquí:

QUE

Autorizo específicamente el intercambio de la siguiente información:

- Registros médicos
- Registros escolares y educativos
- Discusión verbal del caso (que incluye, entre otros, diagnóstico, asistencia, progreso del tratamiento, intervenciones, historia psicosocial y recomendaciones).
- Registros de salud mental que incluyen evaluaciones, planes de tratamiento individualizados e historial de medicación
- Información relacionada y / o incluyendo el uso de sustancias, antecedentes de abuso de sustancias, evaluación, tratamiento, progreso y referidos

Información relacionada y / o que incluye VIH, SIDA u otra información relacionada con ETS

Otro: _____

PORQUE

Continuidad de la coordinación cuidado/tratamiento Solicitud del cliente o padre / tutor legal Propósitos legales Other: _____

Información Importante

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento no se verá afectado si no firmo esta autorización. Entiendo que los psiquiatras o enfermeros practicantes de Thrive no están obligados a recetar medicamentos si determinan que no tienen suficiente información para tomar una decisión médica informada.
- Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario y se especifique aquí: _____.
- Puedo revocar / retirar esta autorización, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de recibir la revocación / retiro, notificando Thrive por escrito de la retirada de la autorización para divulgar información.
- Una vez que mi información de salud es intercambiada / liberada, es posible que ya no esté protegida por la ley federal y que la persona (s) que la reciba pueda divulgarla.
- La información médica divulgada puede contener información relacionada con el estado del VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcohol, etc.

Firma

Cliente/ Guardian Legal: _____

Fecha: _____

Relación al Cliente: Yo Otro: _____ (debe tener tutela legal para autorizar la divulgación de información)