

Coastal Haven Counseling, LLC
220 Ronnie Ct Suite 2
Myrtle Beach, SC 29579
(843) 945-0346



Coastal Haven Counseling, LLC
3100 Dick Pond Rd Ste D2
Myrtle Beach, SC 29588
(843) 945-0346

Sandra Quast, MA, LPC
Cell: (843) 945-0346

Jill Anderson, MA, LPC
Cell: (704) 223-0623

Sandy Johnson, MS, LPC
Cell: (843) 605-0514

Lauren King, LISW-CP
Cell (843) 504-8346

Jennifer McGonigal, LPC
Cell: (843) 333-1040

Michael Pickett, LPC
Cell: (843) 907-2024

Paola Goyeneche, LPC
Cell: (843) 424-7705

Diane Clark PhD, LPC
Cell: (910) 712-6824

La autorización para usar y revelar específica Información de Salud Protegida

Al firmar esta autorización, (cliente) _____, la presente ordeno el uso o la divulgación por Coastal asilo asesoramiento, LLC y Asociados de cierta información médica y / o mental referente a mi salud, mi atención de la salud, ni a mí mismo.

Esta autorización se refiere a la siguiente información médica / mental acerca de mí mismo:

_____ Marque aquí para obtener toda la información de salud mental para liberar,

O especificar qué información específica para liberar:

Esta información puede ser utilizada o revelada por Coastal asilo Counseling LLC y Associates y puede ser revelada a / recibida a partir de:

Nombre Nombre de la oficina del doctor / médico, o un partido perteneciente a continuación:

[NOMBRE LISTA o identificación específicas de la persona (S) o clase de personas a las que puede hacer que el USO / DIVULGACIÓN SOLICITADA]

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que la Costa asilo asesoramiento, LLC y Asociados ya ha actuado en función de la autorización. Para revocar esta autorización, entiendo que debo hacerlo mediante solicitud por escrito.

Yo entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no está sujeto a la protección de la privacidad establecidos por la ley.

Entiendo que no se requiere mi autorización por escrito de Costas asilo asesoramiento LLC y Asociados para usar mi información de salud protegida para tratamiento, pago y atención médica.

Yo entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información que se va a utilizar o entregada como parte de esta autorización. La autorización se solicita asilo por Coastal Counseling Associates LLC y con el objetivo siguiente (s): Salud Terapia y Coordinación de la Atención Mental

Reconozco que he leído las disposiciones de la autorización y que tengo el derecho de negarse a firmar esta autorización.

Entiendo y estoy de acuerdo con los términos como se indica en este formulario.

[Firma]

[Fecha]

[Nombre de impresión]

[Testigo]

Esta autorización se vence en un año desde la fecha firmada, a menos que se indique lo contrario: _____