



PCP NOTIFICATION

(Notificación al Médico de Atención Primaria)

CLIENTE ADULTO O
GUARDIÁN LEGAL
DE MENOR

Client: _____ Birthdate: _____

This client's Primary Care Physician is as follows: *(El médico de atención primaria de este cliente es el siguiente)*

PCP Name *(Nombre)*: _____

PCP Address *(Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal)*: _____

PCP Phone *(Teléfono)*: _____ Fax: _____ Email *(Correo Electrónico)*: _____

Purpose of Document Release: *(Propósito de la divulgación del document)*

**Physician's office:
FOR NOTIFICATION PURPOSES ONLY -- DO NOT SEND RECORDS**

This serves as notification to the Primary Care Physician that counseling and/or behavior analysis services are being provided by Adapt Behavioral Services: *(Este documento sirve como notificación al médico de atención primaria de que Adapt Behavioral Services proporciona consejería, análisis de comportamiento y/o servicios psiquiátricos)*

Clinician Name *(Nombre del Consejojo)*: _____

Clinician Phone *(Numero telefonico del Consejojo)*: _____

Acknowledgement of Notification & Coordination of Care: *(Reconocimiento de Notificación y Coordinación)*

By signing below, I authorize Adapt Behavioral Services to release a copy of this document to the PCP named above. I further authorize exchange of confidential information between the PCP and Adapt Behavioral Services for the purpose of coordination of care, as necessary. Contact information for Adapt Behavioral Services is as follows:

(Al firmar le autorizo a Adapt Behavioral Services a entregar una copia de este documento al Médico de Atención Primaria, mencionado anteriormente. Además, autorizo el intercambio de información confidencial entre el Médico de Atención Primaria y Adapt Behavioral Services con el fin de coordinar cuidado. La información de contacto de Adapt Behavioral Services es el siguiente)

- Orange/Seminole/Lake: (407) 622-0444; fax (407) 699-0444; Maitland@Adapt-FL.com
- Volusia/Flagler/St. Johns/Duval: (386) 898-5003; fax (386) 675-6490; Ormond@Adapt-FL.com
- Osceola/Polk/Hillsborough/Pinellas: (407) 928-0444; fax (407) 518-0808; Kissimmee@Adapt-FL.com

* I understand that I may refuse to sign this authorization and that my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment from Adapt Behavioral Services.

(Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi rechazo a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento de Adapt Behavioral Services)

* I understand that I may revoke this authorization in writing at any time, however I cannot revoke authorization for action that has already been taken.

(Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, sin embargo, no puedo revocar la autorización para una acción que ya se ha tomado)

* A copy of this release shall be valid as the original. *(Una copia de este comunicado será válida como el original.)*

THIS CONSENT EXPIRES 1 YEAR FROM THE DATE SIGNED UNLESS OTHERWISE SPECIFIED.

(Este consentimiento expira 1 año a partir de la fecha de la firma)

Client/Guardian Signature: _____ Date: _____

(Firma del Cliente/Guardián Legal):

Guardian Name: _____ Relationship: _____

(Nombre del Guardián Legal)

(Relación)

(required if client is a minor-requerido si el cliente es menor de edad)