

**Autorización para divulgar
registros e información confidencial**

(la "Autorización de registros")

1. INFORMACIÓN DEL DIVULGADOR.

Nombre

Número de teléfono

Dirección

Ciudad, estado, y código postal

Dirección de correo electrónico

2. AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN.

a. Por la presente autorizo la divulgación de información a la siguiente persona o empresa:

Nombre de la organización

Persona de contacto en caso de emergencia

Dirección

Ciudad, estado, y código postal

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

b. Autorizo la divulgación de información confidencial de la siguiente manera: *(Marque una opción)*

Divulgar Y recibir información de _____;

SOLO a recibir información de _____;

3. PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN.

El fin de esta divulgación es la siguiente: *(Marque una opción)*

Más evaluación, tratamiento, o atención de salud mental.

Otros propósitos: _____

Fecha de tratamiento/servicios: _____

4. INFORMACIÓN POR DIVULGARSE.

Se puede divulgar la siguiente información: (Marque todas las que correspondan)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de admisión/alta | <input type="checkbox"/> Antecedentes/evaluaciones médicos |
| <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento | <input type="checkbox"/> Informes psicológicos |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes sociales | <input type="checkbox"/> Información jurídica |
| <input type="checkbox"/> Registros educativos | <input type="checkbox"/> Notas de progreso/tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Resultados de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Evaluaciones solicitadas por el tribunal |
| <input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____ | |

Nota: La información relacionada con el VIH y la información sobre las drogas y el alcohol en estos registros se divulgará según este consentimiento a menos que se indique a continuación:

- No divulgue información relacionada con el VIH.
- No divulgue la información sobre las drogas y el alcohol.

5. CADUCIDAD.

La autorización: (Marque una opción)

- Caducará automáticamente después del alta, una vez que se cumplan los propósitos que se mencionan antes.
- La autorización caducará el: _____

Fecha aquí

Al firmar a continuación, reconozco que esta solicitud de divulgación de mi información médica confidencial protegida es completamente voluntaria por mi parte. Comprendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, salvo cuando ya se hayan llevado a cabo las acciones basadas en este consentimiento (como la divulgación o los registros).

Comprendo completamente las repercusiones de esta Autorización, la naturaleza de los registros a mi nombre, su contenido y las posibles consecuencias y repercusiones en caso de su divulgación y, en consecuencia, firmo a continuación:

Firma

Fecha

Si el cliente es menor de 16 años, el padre/madre/tutor debe firmar también:

Firma del padre, la madre o el tutor

Relación con el menor

Firma

Fecha