



AUTORIZACION PARA LA PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD CONFIDENCIAL

Yo, _____, por la presente autorizo a liberar a/o asegurar
(Paciente/Cliente)

(Nombre del centro de atención médica, médico, agencia, etc.)

Número de teléfono de la oficina

Número de fax de la oficina

(Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal)

La siguiente información contenida en el registro de cliente de

(Nombre del cliente)

(Fecha de nacimiento)

Para ser divulgados, deben verificarse específicamente los siguientes elementos:

Información de la cuenta

Resumen del tratamiento

Notas de Psicoterapia

Discusión verbal del caso

Informe de Pruebas Psicológicas

Otro (Especificar): _____

Los propósitos de la autorización son:

A petición de la persona

Coordinación de Tratamiento de Salud Mental

Pago de la cuenta

Otro (especificar): _____

Entiendo que la práctica puede no condicionar el tratamiento si firmo esta autorización. Entiendo que la información utilizada o divulgada con esta autorización puede estar sujeta a redivulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por la ley.

Entiendo que puedo ser responsable del costo del servicio de copia de registros médicos.

Entiendo que esta autorización es válida hasta que expire, a menos que se revoque por escrito antes de dicha fecha.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento dando aviso por escrito a la práctica de mi deseo de hacerlo. También entiendo que no podré revocar esta autorización en los casos en que el terapeuta ya haya utilizado esta forma para divulgar mi información médica. La revocación escrita debe enviarse a la práctica. En ausencia de dicha revocación por escrito, esta Autorización terminará en _____

(Fecha)

Firma del paciente/cliente

Fecha

Firma del testigo

Firma del padre o representante legal

** Se requiere la firma del cliente además de la firma del padre del tutor para niños de 12 a 17 años **