



Marque uno:

rev 5-2-18

- J. Todd George, PsyD Andrew Gothard, PsyD
 Carolyn Johnson, PhD Yoshitaro Oba, PhD
 Jessenia Rodriguez, PsyD

CONSENTIMIENTO & AUTORIZACION PARA DILVULGAR INFORMACION

Yo, _____ (cliente/padre/tutor) , por lo presente autorizo al médico de arriba para divulgar y obtener la siguiente información del partido, que incluye información personal, historial de salud mental, funcionamiento psicológico actual y otra información relevante de salud mental protegida (PHI) en el curso de la prestación de servicios psicológicos:

(Nombre del recipiente de la información) _____

(Método de entrega) Cualquier método Email (encriptado) Verbal Correo

(Número de teléfono del recipiente) _____

(Correo electrónico del recipiente) _____

Con el propósito de: evaluación psicológica y/o psicoterapia

(otro) _____

Este consentimiento y autorización para revelar información pertenece a (marque uno):

YO MI HIJO, _____ (fecha de nacimiento _____):

Yo entiendo que esto incluye información relacionada a (marque y ponga sus iniciales a lo que es aplicable):

Todos registros e información (sin exclusiones)

Información de Salud Mental y/o información médica general

Tratamiento de Alcohol/Droga

Información relacionada con VIH

Autorizo la divulgación de cualquier registro que haya obtenido mi médico de otros proveedores.

Afirmación de divulgar: Doy permiso a mi médico para divulgar únicamente la información que he seleccionado en esta forma para el individuo(s) o agencia(s) que he nombrado y solo para los fines designados. Yo entiendo que esta versión es válida hasta un año desde la fecha en que la firme y me puedo negar a firmar esta autorización o revocar esta autorización en cualquier momento. Cualquier revocación o negativa a firmar esta autorización no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o pago o mi elegibilidad para los beneficios. La revocación entrará en vigor el día que se recibe por escrito. Como paciente tengo el derecho a acceder a mis archivos de tratamiento según lo permitido por la ley HIPAA. Las copias de los registros se pueden obtener con un plazo razonable y el pago de los costos de copiado. Además, entiendo que si la persona o entidad que recibe la información especificada anteriormente no es un centro de intercambio profesional de la salud, plan de salud o de atención de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad o un socio de negocios de estas entidades, la información descrita anteriormente puede ser re- revelada y ya no están protegidos por la normativa.

Fecha de expiración: _____

(*para adultos*) Firma del cliente: _____ Fecha: _____

(*para niños*) Firma del Padre/Tutor Responsable: _____ Fecha: _____