LATITUDE COUNSELING, CSP

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION CLINICA

1. Nombre del Paciente: _____
Nombre Inicial Apellidos

2. Fecha de Nacimiento: ___/___/___ 3. Día inicial de la autorización: ___/___/___
Día/Mes/Año Día/Mes/Año

4. Autorización iniciada por:_____
Nombre (cliente, proveedor, otra agencia)

5. Información a ser divulgada:
- ☐ Autorización para notas de terapia solamente (NOTA: si elige esta opción no podemos divulgar ninguna otra información personal o medica)
- ☐ Otro (describa la información en detalle): _____

6. Propósito para Divulgar información: La razón por la cual autorizo a compartir la información es:
- ☐ Mi Pedido
- ☐ Otro (describa):_____

7. Personas autorizadas a compartir mi información:
_____

8. Personas autorizadas a recibir mi información: (incluya nombre y forma de contacto, teléfono o dirección)

_____

_____

9. Esta autorización expirara en ___/___/___ o a un año de cuando la autorización sea firmada.
Día/Mes/Año

Autorización y firma: Yo autorizo la divulgación de mi información confidencial según las especificaciones de esta forma. Entiendo que esta autorización es voluntaria, que la información compartida es protegida por la ley, y su uso será de acuerdo a mis instrucciones. La persona autorizada a recibir información como resultado de esta autorización puede ser actualizada o recibir nueva información periódicamente dentro de los términos de la autorización, a menos que el receptor sea cubierto por las leyes estatales que limitan la divulgación de información confidencial. Entiendo que tengo el derecho de cancelar la divulgación de información en cualquier momento, indicándolo verbalmente o por escrito.

Firma del paciente: _____

Firma del Padre/Guardián: _____

Fecha de la Firma: _____

787-466-5478
Fax: 877-678-3678
www.latitudecounseling.com