



2308 Perimeter Park Drive  
Suite 100  
Atlanta, GA 30341

Atlanta Psychological Services, LLC

770-457-5577  
Fax 770-457-5599  
atlantapsychological.com

rev 10-15-18

## CONSENTIMIENTO & AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a mi médico a divulgar y obtener de otra persona, información sobre mí, incluida información personal, información sobre salud mental y otra información relevante sobre salud mental protegida (PHI) en el curso de servicios psicológicos.

(Escribe el nombre de su médico de Atlanta Psychological Services) \_\_\_\_\_

(Escribe el nombre de la persona que recibirá o divulgar la información al médico)

\_\_\_\_\_

(El método de comunicación puede incluir cualquier método apropiado [correo electrónico encriptado, verbal, correo de EE. UU., Fax] a menos que se especifique lo contrario con su médico.)

Estoy autorizando compartir información individual con el propósito de:  evaluación psicológica  psicoterapia

(otro) \_\_\_\_\_

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

YO o  MI HIJO, \_\_\_\_\_ (fecha de nacimiento \_\_\_\_\_):

Yo entiendo que esto incluye información relacionada a (marque y ponga sus iniciales a los que aplican):

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 información 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: \_\_\_\_\_