

# Consentimiento de divulgación de información

\* *indicates a required field*

\* Nombre del cliente:

\* Autorizo a Dr. Falu Rami a:

- Enviar  
 Recibir

La siguiente información:

- Historial médico y evaluaciones clínicas  
 Evaluaciones de salud mental  
 Desarrollo y / o historia social  
 Registros educativos  
 Notas de progreso y tratamiento o informe de cierre  
 Otro

Para / De:

Teléfono:

\* Su relación con el cliente:

- Yo soy el cliente  
 Padre / tutor legal  
 Representante personal  
 Otro

\* La información a divulgar se usará con el siguiente propósito:

- Planear tratamiento o programa adecuado  
 Continuar tratamiento o programa adecuado  
 Determinar elegibilidad para beneficios o programas  
 Revisión de caso  
 Actualización de archivos  
 Otro

Entiendo que esta información puede estar protegida por el Título 42 (Código de Reglas Federales de Privacidad de Información de Salud de Identificación Individual, Partes 160 y 164) y el Título 45 (Reglas Federales de Confidencialidad de los Registros de Pacientes de Abuso de Drogas y Alcohol, Capítulo 1, Parte 2 ), más las leyes estatales aplicables. Además, entiendo que la

información revelada al destinatario puede no estar protegida por estas pautas si no es un proveedor de atención médica cubierto por las normas estatales o federales.

Entiendo que esta autorización es voluntaria, y puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito, y luego (algunos estados varían, generalmente un año), este consentimiento caducará automáticamente. Se me ha notificado qué información se divulgará, su propósito y quién la recibirá. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización.

Si usted es el tutor legal o el representante designado por el tribunal para el cliente, adjunte una copia de esta autorización para recibir esta información médica protegida.

\*  Doy consentimiento para compartir la información proporcionada en este formulario.  
By checking this, you are eSigning this form.

\* Fecha:

Firma del testigo (si el cliente no puede firmar):

Fecha de la firma del testigo: