

Nombre de la agencia/persona con la que se puede publicar o intercambiar información. ("Parte receptora")	Nombre de la agencia/persona con la que la información puede ser liberada o intercambiada. ("Fiesta de liberación/intercambio")
---	---

Yo, _____

<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Información obtenida de otras agencias	<input type="checkbox"/> Panorámica de descarga/transición
<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Resultados y recomendaciones de evaluación	<input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos
<input type="checkbox"/> Participación y asistencia	<input type="checkbox"/> Información médica	<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento
<input type="checkbox"/> Registro médico completo	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Solo información verbal

Para el propósito específico de:

<input type="checkbox"/> Ayudar y coordinar servicios	<input type="checkbox"/> Propósitos legales
<input type="checkbox"/> Propósitos de seguro/atención administrada	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Esta Autorización es válida hasta un año después de la fecha de firma, durante el período de tiempo necesario para cumplir con su propósito, o hasta la fecha expresada por el cliente (indique la fecha si es inferior a un año) _____

La excepción a este período de tiempo es en el caso de divulgaciones para transacciones financieras, o según lo autorice la ley, donde la Autorización es válida indefinidamente. También entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento y que para ello debo firmar la *Sección de Revocación* en este formulario. Además, entiendo que cualquier acción tomada de conformidad con esta Autorización antes de la fecha y hora de revocación es legal y vinculante. Entiendo que la información puede ser divulgada verbalmente, por escrito, por correo, a través de medios electrónicos seguros o facsímil seguro.

De acuerdo con 42CFR Parte 2, entiendo que mi información no debe ser re-divulgada por el solicitante de la información sin mi autorización adicional por escrito y que esta información puede estar protegida por el Reglamento Federal de Confidencialidad de Abuso de Sustancias. En cualquier caso, el destinatario no debe volver a divulgar dicha información sin mi autorización adicional por escrito a menos que la ley estatal o federal disponga lo contrario.

Entiendo que si mi registro contiene información relacionada con enfermedades crónicas, abuso de alcohol, abuso de drogas, condiciones psicológicas o psiquiátricas, o pruebas genéticas, esta divulgación incluirá esa información a menos que excluya específicamente dicha información de la divulgación.

También entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago por servicios o mi elegibilidad para beneficios; sin embargo, si un proveedor de no tratamiento (por ejemplo, compañía de seguros) solicita un servicio con el único propósito de crear información de salud (por ejemplo, examen físico), ese servicio puede ser denegado si no se da autorización. Si el tratamiento está relacionado con la investigación, el tratamiento puede ser denegado si no se da autorización.

Además, entiendo que puedo solicitar una copia de esta Autorización firmada.

Firma del Cliente o Representante legalmente asignado _____ Fecha de Nacimiento del Cliente _____ Fecha

Firma del Testigo _____ Fecha

Sección de Revocación		
Por la presente solicito que se revoque esta Autorización para divulgar información de salud de _____ <i>(Nombre del Cliente)</i> en _____ <i>(Fecha de la Firma Original)</i> , en efectivo _____ <i>(Fecha de hoy)</i> en _____ <i>(Hora)</i> . Entiendo que cualquier acción tomada en esta Autorización antes de esta fecha y hora de revocación es legal vinculante para anuncios.		
_____ <i>Firma del cliente</i>	_____ <i>Fecha</i>	_____ <i>Hora</i>
_____ <i>Firma de testigo</i>	_____ <i>Fecha</i>	_____ <i>Hora</i>

Sección de Revocación Verbal			
Por la presente atestimo la solicitud verbal de revocación de esta Autorización por _____ En _____ <i>(Fecha)</i> A las _____ <i>(Hora)</i> . Se ha informado al cliente de que cualquier acción tomada en esta Autorización antes de la fecha de revocación es legal y vinculante.			
_____ <i>Firma del personal</i>	_____ <i>Fecha y hora</i>	_____ <i>Firma de testigo</i>	_____ <i>Fecha y hora</i>