

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA

Por la presente autorizo y publico:

para divulgar información confidencial a **ALMA BEHAVIORAL GROUP**

Por la presente autorizo y solicito a **ALMA BEHAVIORAL GROUP** que divulgue información personal confidencial a:

Entiendo que la información profesional confidencial incluye información personal, psicológica, psiquiátrica, de abuso a sustancias, relacionada con el SIDA, información médica, registros médicos y opiniones resultantes de los contactos con mis médicos tratantes. Esta solicitud específicamente para incluir lo siguiente:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Divulgacion de registros completos | <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Notas de progreso |
| <input type="checkbox"/> Exámenes psicologicos | <input type="checkbox"/> Historia de Psicosocial | <input type="checkbox"/> Fisico y Historial |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Desde: _____ Hasta: _____

También autorizo _____ (o unos de sus asociados) para comunicarse con _____ en respecto a la solicitud mencionada anteriormente

Entiendo que no estoy obligado a divulgar la información solicitada. Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento informando a cualquiera de las personas mencionadas. Este lanzamiento de información caducara, independientemente de la notificación, un año después de las fechas de la firma. En el ejercicio de este consentimiento, por la presente libero a las partes antes mencionadas de cualquier responsabilidad que surja en el mismo.

Nombre de el paciente

Fecha de nacimiento de el paciente

Firma (Paciente, Parente, o Guardian)

Fecha de firma