



**AUTORIZACIÓN PARA USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Teléfono (casa): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Yo, el paciente abajo firmando o guardián legal, autorizo a revelar información  verbal y/o  escrita por:

Nombre de la Facilidad/Proveedor Revelando Información

Dirección Postal

**A:**

Nombre del Hospital/Médico/Tercera Persona

Teléfono

Dirección Postal

Nombre del Hospital/Médico/Tercera Persona

Teléfono

Dirección Postal

**Información a ser revelada:**

- Evaluación Psiquiátrica
- Récords de Medicamentos
- H&P/Laboratorios
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_
- Psicosocial
- Estudio Psicosocial
- Plan de Tratamiento
- Plan de Dar de Alta y Cuidado de Seguimiento
- Notas de Progreso

**Revelación de información para el/los siguiente(s) propósito(s):**  Tratamiento/Consulta  Solicitud del Paciente

Facturación/Reclamación  Abogado  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

- Entiendo que la información revelada pudiera ser (*Ponga sus iniciales para revelación de la siguiente información*): \_\_\_\_\_ Salud Mental \_\_\_\_\_ Abuso de Substancias \_\_\_\_\_ Información de VIH/AIDS.
- Entiendo que esta autorización es voluntaria y que el tratamiento de un proveedor de Meier Clinics® no podrá ser condicionado por la firma de esta autorización.
- Entiendo que podrá haber un cargo, que deberá de ser pagado por adelantado, por copiar y transferir los récords revelados.
- Entiendo que esta autorización podrá ser retirada por mí mediante una nota escrita en cualquier momento. Sin embargo, yo no podrá hacer excepciones a acciones que ya se hayan tomado antes de la fecha de cancelación de mi consentimiento.
- Entiendo que la información revelada por esta autorización podrá ser sujeta a re-revelación por el destinatario y no será protegida por más tiempo. Meier Clinics® y sus empleados est n liberados de cualquier responsabilidad legal por la revelación de la información arriba indicada hasta el punto indicado y autorizado en este documento.
- Entiendo que la información que será revelada de los récords es confidencial y protegida por las leyes estatales y federales.

\_\_\_\_\_  
Paciente (si el paciente deberá de firmar si es mayor de 12 años de edad) o  
Representante Legal (descripción/prueba autorizando a actuar por el paciente deberá de ser provista)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo y Título/Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Fecha de Expiración: 180 días después de la fecha en que se firmó este documento**