



Autorización para Divulgación de Información Médica

Nombre del afiliado: _____

Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Otorgo permiso a _____ (Médico de cabecera/Centro) para la divulgación total o parcial de mis registros médicos. **Esto incluye:**

- registros de alcohol y drogas
- registros de salud mental
- información que proporcioné a trabajadores sociales y psicólogos

Esta información es necesaria por los siguientes motivos:

Elija una de las siguientes opciones:

- Acepto divulgar mis registros. Puede incluir los registros enumerados anteriormente.
- No quiero que la siguiente información se divulgue con mis registros::
 - Registro/información de alcohol
 - Registro/información de drogas
 - Registro/información de salud mental
 - Registro/información de psicólogos y trabajadores sociales
 - Otro Enumere aquí: _____

Enviar una copia de mis registros médicos a la siguiente persona:

Nombre	Dirección	Número de teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Al firmar esto, comprendo lo siguiente:

- Renuncio al estado de privacidad de mis registros por el motivo indicado anteriormente.
- Este consentimiento tendrá vigencia durante un año o durante este tratamiento (el tiempo que sea mayor)
- Puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento mediante un aviso por escrito al proveedor y al Plan mencionados anteriormente.

He leído y comprendido este formulario y su contenido.

Firma del paciente (o guardián, si el paciente no puede firmar) _____
Fecha

Relación con el paciente, si firma un guardián _____
Fecha

Testigo _____
Fecha