

NOMBRE DEL CLIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **ID#:** _____

Autorización para revelar y recibir información sobre su salud

Yo doy autorización a Southwest Family Guidance Center and Institute para recibir información y revelar información para:

NOMBRE: _____ **Y PERSONAL APROPIADO EN:** _____

ORGANIZACIÓN: _____ **NO. DE TELÉFONO:** _____

DIRECCIÓN: _____ **NO. DE FAX:** _____

CON EL PROPÓSITO DE: _____

INFORMACIÓN QUE SERÁ REVELADA: Nota: Esta autorización no es para obtener notas sobre psicoterapia.

RESUMEN DE TRATAMIENTO PLAN DE TRATAMIENTO EVALUACIÓN INICIAL

INICIALES ASESORAMIENTO CLÍNICO DOCUMENTACIÓN DE ALTA OTRO _____

CUBRE LOS PERIODOS DESDE (FECHA) _____ **HASTA (FECHA)** _____

DESDE (FECHA) _____ **HASTA QUE SEA DADO DE ALTA DE SWFGC&I.**

YO AUTORIZO QUE SE REVELE MI INFORMACIÓN DE;

SI NO Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humano (VIH) u otra enfermedad de transmisión sexual. *INICIALES* _____

SI NO Servicios de salud mental/cuidado psiquiátrico *INICIALES* _____

SI NO Tratamiento de alcohol y/o abuso de drogas *INICIALES* _____

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización tengo que hacerlo por escrito y presentar el documento a la oficina de la clínica. Entiendo que mi revocación no aplica para información que ya haya sido revelada anteriormente como respuesta a este documento. Entiendo que la revocación no aplica a mi compañía de seguro médico cuando la ley protege a mi asegurador con el derecho de hacer cualquier reclamo en mi póliza. Al menos que sea revocada, esta autorización se mantendrá en efecto hasta: _____ ; o, hasta que sea dado de alta de SWFGC&I.

_____ *INICIALES* Entiendo que bajo la ley NMSA 1978 § 32A-6A-24, un menor tiene el derecho de examinar y copiar información confidencial sobre el mismo, el nombre o título de quien pide la información, y la descripción del uso que se le dará a dicha información.

Yo entiendo que una vez que la información sea revelada, podrá ser revelada nuevamente por el recipiente y la información no será protegida por la ley federal y sus reglamentos.

Yo entiendo que el autorizar que la información sea revelada es de manera voluntaria. Yo no necesito firmar esta hoja para poder obtener tratamiento de cuidado de salud.

Yo he decidido no revelar información sobre mi salud ni la de mi hijo(a).

FIRMA, PACIENTE (SI ES MAYOR DE 14 AÑOS) **FECHA**

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL **RELACIÓN CON EL PACIENTE** **FECHA**

NOMBRE Y CREDENCIALES DEL REPRESENTANTE DE SWFGC **FECHA**