

**Autorización para revelar y recibir información sobre su salud**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Nombre: \_\_\_\_\_ y personal apropiado en:

Organización: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

CON EL PROPOSITO DE: \_\_\_\_\_

Información que será revelada:  Resumen de Tratamiento  Plan de Tratamiento  Evaluación Inicial  
 Asesoramiento Clínico  Documentación de alta  Otro \_\_\_\_\_

**\*Nota: Esta autorización no es para obtener notas sobre psicoterapia.**

\_\_\_\_\_ (iniciales) Cubre los periodos desde (fecha) \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ o  
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 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 menor del que se habla, el nombre o título de quien pide la información, y la descripción del uso que se le dará a dicha información.

Favor de marcar el recuadro más apropiado:

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) o representante legal (Relación con el paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal (si es diferente a la primera línea)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y credenciales del representante de SWFGC

\_\_\_\_\_  
Fecha