

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:: Visita reciente Notas de progreso Evaluación Inicial
 Evaluación Psicológica Dado de alta Otro _____

_____ (iniciales) Cubriendo 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)

Firma

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

Fecha

Nombre y credenciales del representante de SWFGC

Fecha