

**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  ESTADO DE CUENTA

*INICIALES*  ASESORAMIENTO CLÍNICO  DOCUMENTACIÓN DE ALTA  OTRO \_\_\_\_\_

**CUBRE LOS PERIODOS DESDE (FECHA)** \_\_\_\_\_ **HASTA (FECHA)** \_\_\_\_\_

**DESDE (FECHA)** \_\_\_\_\_ **HASTA QUE SEA DADO DE ALTA DE SWFGC.**

**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. Si no se detalla aquí ninguna fecha de vencimiento o evento, entiendo que esta autorización caducará un año después de la fecha en que se firmó.

\_\_\_\_\_ *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**