



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

1. El abajo firmante solicita y/o autoriza:

para liberar el historial médico de:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fechas del servicio profesional: _____

2. Información que se divulgará a:

DIRECCIÓN: _____ Teléfono: _____

Ciudad: Código postal: _____ Estado: _____

3. Información que se divulgará: **marque sí o no Y sus iniciales (puede incluir registros de trastornos por uso de sustancias, si corresponde).**

SÍ NO	INFORMACIÓN AUTORIZADO A LIBERAR	INICIALES	SÍ NO	INFORMACIÓN AUTORIZADO A LIBERAR	INICIALES
	Evaluaciones importantes			Notas del médico	
	Planes de tratamiento			Medicamentos	
	Historial de citas			Notas de progreso	
	Otro:				

4. Finalidad de la liberación:

Limitación temporal de la divulgación: Este consentimiento puede revocarse en cualquier momento, siempre que la información no se haya divulgado previamente. Consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener instrucciones sobre cómo revocar esta autorización.

Esta autorización vence un año a partir de la fecha de la firma o la fecha siguiente ____/____/____ o Evento _____ (sin exceder un año).

Prohibición de redivulgación: Esta información le ha sido revelada a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2 y 45 CFR Partes 160 y 164) y/o la ley estatal de Kentucky. Las normas federales y/o la ley estatal de Kentucky le prohíben realizar cualquier otra divulgación de esta información a menos que se permita expresamente mediante el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o según lo permita de otra manera la 42 CFR Parte 2 y/o la ley estatal de Kentucky. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar penalmente o procesar a cualquier cliente con problemas de abuso de alcohol o drogas.

Fecha Firma del cliente/residente/paciente

Testigo Firma del agente o representante del cliente/residente/paciente

Este formulario debe contener firmas originales. Parentesco: _____

DIRECCIÓN: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cremallera: _____

COMPLETE A CONTINUACIÓN SOLO SI EL CONSUMIDOR DESEA REVOCAR LA AUTORIZACIÓN ANTERIOR

I, _____ deseo revocar esta autorización.

Fecha Firma del consumidor, tutor o representante autorizado

Fecha Pathways, Inc. Testigo