

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, _____, _____, _____, autorizo a
(Nombre del cliente) (Fecha de nacimiento) (Número de la Seguridad Social)

Peak Wellness Center, Inc. a que **revele/reciba (marque con un círculo una opción o las dos) información confidencial de:**

Nombre: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: (____) _____ Atención: _____

El personal de Peak Wellness Center, Inc. solo revelará documentos creados por el propio centro Peak Wellness Center, Inc.

Iniciales del cliente como autorización para que la información verbal y/o escrita pueda ser **revelada a y/o recibida de**(marque con un círculo una opción o las dos):

<input type="checkbox"/> Evaluación clínica	<input type="checkbox"/> Anotaciones sobre el progreso	<u>Solo solicitudes de terceros</u>
<input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Resumen de alta médica	<input type="checkbox"/> Documentación judicial
<input type="checkbox"/> Evaluación psicológica	<input type="checkbox"/> Índice de Gravedad de la	<input type="checkbox"/> Documentación sobre la
<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas	Adicción (ASI)	libertad condicional
<input type="checkbox"/> psicológicas	<input type="checkbox"/> Asociación Americana de	<input type="checkbox"/> Otros (especifique cuáles):
<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento	Medicina de la Adicción	
<input type="checkbox"/> Historial de medicación	(ASAM)	
<input type="checkbox"/> Impresiones de diagnóstico		
<input type="checkbox"/> Otros (especifique cuáles):		

Intención o necesidad de la revelación: _____

Comprendo que mi historial está protegido por las leyes y normativas de confidencialidad federales y estatales de los Estados Unidos, y que su contenido no se puede divulgar sin mi consentimiento escrito, a menos que así se disponga en las normativas. Asimismo, comprendo que en cualquier momento puedo, por escrito, anular dicho consentimiento, excepto si se han emprendido acciones que de dependan de él (como la prestación de tratamientos realizada tras el consentimiento para revelar información a pagadores externos) o tras el acontecimiento de un evento específico comprobable (por ejemplo, la conclusión de requisitos legales). Este consentimiento no vence automáticamente bajo ningún supuesto, como se describe a continuación. Confirmando que la información revelada me ha sido totalmente explicada y que otorgo el presente consentimiento a mi libre albedrío.

La información que autorizo a revelar puede contener historiales con posible referencia a la drogodependencia o a la presencia de enfermedades venéreas o contagiosas, que puede incluir, entre otras, dolencias como la hepatitis o el virus de la inmunodeficiencia humana, también conocido como el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.

El presente consentimiento vence el ___/___/___ o en la fecha de finalización del tratamiento. Formalizado el _____ de _____ de _____.

Cliente

Progenitor, tutor o persona autorizada a firmar en nombre del cliente

Testigo

PARA EL DESTINATARIO:

La información que aquí se le revela pertenece a historiales médicos cuya confidencialidad está protegida por la ley federal de los Estados Unidos. Las normativas federales y estatales de los Estados Unidos le prohíben divulgar tal información a terceros sin el consentimiento expreso por escrito de la persona a la que pertenecen o según lo permitan dichas normativas. Una autorización general para la revelación de datos médicos no es suficiente para este efecto. Las normas federales restringen el uso de la información para la investigación delictiva o inicio de la acción judicial de un paciente con problemas alcohólicos o de narcoddependencia.

(Publicación: 10/96, 2/00, 5/01, 3/03, 9/04, 7/10, 3/11, 8/12 DQM)