

Información del Paciente			
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
Dirección		Ciudad/Estado/Zona Postal	Número de caso del paciente
Persona/Organización que provee la información		Persona/Organización que recibe la información	
Nombre		Nombre	
Dirección		Dirección	
Ciudad/Estado/Zona Postal		Ciudad/Estado/Zona Postal	
Teléfono/Faxear		Teléfono/Faxear	
Relación con el paciente		Relación con el paciente	
<input type="checkbox"/> La información puede ser mandada y recibida entre las dos personas/organizaciones mencionadas arriba			
Descripción de la información a ser divulgada			
<input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Resumen al dar de alta <input type="checkbox"/> Evaluación Psicosocial <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento <input type="checkbox"/> Información sobre reclusión/restricción <input type="checkbox"/> Notificación verbal: transferencia a un establecimiento médico externo	<input type="checkbox"/> Resultados de exámenes psicológicos/vocacionales <input type="checkbox"/> Evaluaciones médicas/neurológicas, exámenes de laboratorio (electroencefalograma, electrocardiograma, etc.) <input type="checkbox"/> Divulgación verbal: tratamiento/progreso en el hospital <input type="checkbox"/> Otro/a	<input type="checkbox"/> Otras evaluaciones <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Resultados del test VIH El paciente tiene que poner sus iniciales	
<input type="checkbox"/> Divulgación de la información desde la fecha: <div style="text-align: center;">hasta la fecha:</div> <input type="radio"/> Divulgue la información indicada arriba no importando la fecha			

Propósito para la divulgación de la información

- | | | |
|-------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Evaluación | <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento/Progreso | <input type="checkbox"/> Otro/a |
|-------------------------------------|---|---------------------------------|

Yo entiendo:

Yo estoy autorizando la divulgación (estoy de acuerdo en compartir) mi información personal de salud. Cuando la información es enviada a/desde un hospital estatal, la otra persona/organización sabrá que yo he recibido servicios de salud mental.

Estoy firmando esta autorización voluntariamente (por mi propia elección – sin ser forzado/a), y mi tratamiento no será afectado si yo no firmo esta autorización.

La información divulgada puede ser recompartida con otros si es permitido o es requerido por ley.

Cuotas razonables pueden ser cobradas a la persona que pide la información a fin de cubrir el costo de las copias y el franqueo postal.

Yo tengo el derecho de recibir una copia de esta Autorización.

Antes de cualquier divulgación de información, yo tengo el derecho de revocar esta Autorización (cambiar de parecer y no permitir que la información sea divulgada).

Para revocar, yo voy a mandar una petición escrita al Departamento de Gestión de Información Sanitaria (HIMD) en mi establecimiento o a un miembro de mi equipo de tratamiento. Cuando el Departamento de Gestión de Información Sanitaria/equipo de tratamiento reciba la petición, ellos no van a divulgar cualquier información adicional.

Si no es revocada, esta autorización va a expirar al final de:

- 6 meses Un año Otra fecha Evento

Firma del Paciente, ó <input type="checkbox"/> Padre (madre)/guardian, <input type="checkbox"/> Conservador:	Fecha
Nombre Escrito	
Firma de Testigo/Profesional	Fecha
Nombre Escrito	

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT INFORMATION - SPANISH

ADDRESSOGRAPH/LABEL