



Autorización Para Divulgación, Uso O Recepción De Información De Salud Protegida

Tiene derecho a negarse a firmar esta autorización. El proveedor no retendrá el tratamiento, los beneficios o el procesamiento de pagos si se niega a firmar esta autorización. Recibirá una copia de esta autorización firmada.

El historial medico e información relativa a: *(Por favor escriba claramente)*

Nombre del Cliente: _____
Apellido, Nombre Segundo Nombre

Dirección: _____
Calle Ciudad, Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento del Cliente: _____
Mes / Día / Año

Yo autorizo a: Lourdes Valdes, Ph.D., PLLC
 633 E. Fernhurst Dr., Suite #501
 Katy, TX 77450
 832-437-6260

A compartir y recibir el historial de salud mental/medico a / de
 A solo compartir el historial de salud mental/medico a
Si ningunos están marcados, todos se aplican.

Nombre del Destinatario _____

Dirección _____

Ciudad, Estado Código Postal

Teléfono _____

FAX _____

Autorizo a la fuente mencionada anteriormente a enviar, lo antes posible, los archivos marcados con una X o una ✓ en las cajas de abajo. **(Los elementos que no se deben compartir tienen una línea trazada a través de ellos.)** Los números de página se indicarán cuando corresponde.

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Todo historial de salud mental/medica | <input type="checkbox"/> Impresiones/observaciones clínicas/educativas |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones psicológicas e informes | <input type="checkbox"/> Expedientes académicos/educativos e informes de exámenes. |
| <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento y/o resumen del tratamiento. | <input type="checkbox"/> Resúmenes de ingreso o de dado de alta |
| <input type="checkbox"/> Otra información de salud (especifique a continuación) | |

OIS (OHI): _____

La información de salud solicitada está autorizada para Planificación del tratamiento/coordinación
 Referencia/continuidad de atención A petición del individuo Otra razón (por favor especifique):

Nota: Si autoriza la divulgación de información, con excepción de la información relacionada con el tratamiento del abuso de alcohol o drogas, existe la posibilidad de que el destinatario vuelva a divulgar la información descrita en esta autorización. Si la información se vuelve a divulgar, ya no está protegida por las leyes de privacidad médica.

Nota: Si está firmando como padre/tutor/tutor administrativo de un menor o como tutor de un adulto, la información divulgada/utilizada/recibida puede contener referencias sobre usted y su familia.

Usted tiene derecho a revocar esta autorización. Para revocar esta autorización, debe entregar una declaración por escrito, firmada por usted, que proporcione la fecha y el propósito de esta autorización y su intención de revocarla a la organización o centro donde otorgó su autorización (identificada anteriormente). Su revocación entrará en vigencia en la fecha en que sea recibida por la organización/centro, excepto en la medida en que la organización/centro ya haya contado con su autorización para usar o divulgar su información de salud como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

A menos que esta autorización sea revocada, se vencerá el: _____
(fecha, evento o condición de vencimiento)

Firma del cliente mayor de 18 años (o el representante del cliente)

Fecha

Nombre impreso del cliente (o representante del cliente)

Relación al cliente