

<b>Información del Paciente</b>			
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
Dirección		Ciudad/Estado/Zona Postal	Número de caso del paciente
<b>Persona/Organización que provee la información</b>		<b>Persona/Organización que recibe la información</b>	
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 <b>y</b> recibida entre las dos personas/organizaciones mencionadas arriba			
<b>Descripción de la información a ser divulgada</b>			
<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 <b>El paciente tiene que poner sus iniciales</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Divulgación de la información desde la fecha:</b> <div style="text-align: center;"><b>hasta la fecha:</b></div> <input type="radio"/> <b>Divulgue la información indicada arriba no importando la fecha</b>			

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT INFORMATION - SPANISH**

ADDRESSOGRAPH/LABEL

**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