



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACION**

Nombre: \_\_\_\_\_  
# de Expediente: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
# de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

**Yo entiendo que tengo derecho de rehusarme a firmar esta autorización. Yo entiendo que el tratamiento, beneficios de Medicaid, o procesamiento de pagos no se me serán negados si me rehuso a firmar esta autorización.**

Por la presente autorizo a Metrocare Services en \_\_\_\_\_

a divulgar /usar/recibir la información médica protegida especificada a continuación del registro médico de la persona mencionada anteriormente. El personal designado puede  divulgar o  recibir de, la siguiente organizacionpersona:

Organización/Persona: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Cd., \_\_\_\_\_ Estado, \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Teléfono/Fax/Correo electrónico: \_\_\_\_\_

<p><b>PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:</b></p> <input type="checkbox"/> Uso Personal <input type="checkbox"/> Tratamiento/Cuidado continuo <input type="checkbox"/> Abogado/Legal <input type="checkbox"/> Uso educativo <input type="checkbox"/> Discutir con mi familia <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	<p><b>TIPO DE INFORMACION:</b> (marque todas las que apliquen)</p> <input type="checkbox"/> Registros de salud mental <input type="checkbox"/> Registros de atención primaria <input type="checkbox"/> Registros de Cohen (Desde: _____ Hasta: _____ ) <input type="checkbox"/> Evaluaciones (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Psicológico <input type="checkbox"/> Todos los registros <input type="checkbox"/> Notas del proveedor <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Laboratorios <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos <input type="checkbox"/> Carta de diagnóstico <input type="checkbox"/> Otro (especifique el tipo: resumen de alta, declaración detallada, etc.): _____
--	--

Yo tambien autorizo la divulgación /uso/recibo de mi información de salud con respecto a: Iniciales:

VIH/SIDA  Enfermedades de transmisión sexual  Tratamiento de abuso de drogas y alcohol

<p><b>PERÍODO DE TIEMPO DE VALIDEZ:</b></p> <p>Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de su firma, o el _____. Si no se especifica una fecha, esta autorización vencerá un (1) año después de la fecha de la firma</p>	<p><b>DERECHO A REVOCAR:</b></p> <p>Me reservo el derecho de retirar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito de remoción a Metrocare para la persona/ instalación nombrada. La remoción entrará en vigencia a partir de la fecha en que se reciba, excepto en la medida en que Metrocare ya haya confiado en mi autorización para usar o divulgar mi información médica como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad.</p>
--	---

**FIRMA(S) DE AUTORIZACIÓN:**  
He leído este formulario y estoy de acuerdo con los usos y divulgaciones de información que se describen.

<p>Firma: _____ Persona a la que se le presto servicio</p>	<p>_____ <u>Fecha</u></p>
<p>Firma: _____ Representate legalment autorizado de la person (si lo hay)</p>	<p>_____ <u>Fecha</u></p>