



THE VOZ INSTITUTE

Consentimiento para la Liberación de Información

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

“Autorizo a The Voz Institute a enviar o recibir (circule uno) la siguiente información:”

Historial médico y evaluación(es)

Historial de desarrollo y/o social

Registros educativos

Notas de progreso, objetivos de tratamiento o resumen de alta

Otro: _____

De/Para: _____

Número de Teléfono: _____

La información anterior se utilizará para los siguientes propósitos:

Planificación de tratamiento adecuado

Continuación de tratamiento adecuado

Determinación de elegibilidad para tratamiento

Revisión de caso

Actualización de archivos

Otro: _____

“Entiendo que esta información puede estar protegida por el Título 42 (Código de Normas Federales de Privacidad de Información de Salud Identificable Individualmente, Partes 160 y 164) y el Título 45 (Normas Federales de Confidencialidad de Registros de Pacientes de Abuso de Alcohol y Drogas, Capítulo 1, Parte 2), además de las leyes estatales aplicables. Entiendo además que la información divulgada al destinatario puede no estar protegida bajo estas directrices si no son un proveedor de atención médica cubierto por las normas estatales o federales.

Entiendo que esta autorización es voluntaria, y puedo revocar este consentimiento en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito, y después de (algunos estados varían, generalmente 1 año) este consentimiento expira automáticamente. Me han informado qué información se dará, su propósito, y quién recibirá la información. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización.

Si usted es el tutor legal o representante designado por la corte para el cliente, adjunte una copia de esta autorización para recibir esta información de salud protegida.”

Firma

Fecha

Relación con el Paciente