



Solicitud de Divulgación de Información Médica Protegida

Autorizo lo siguiente para divulgar la información de salud protegida, que puede incluir registros de salud mental de:

Samaritan Center, 8956 Research Blvd., Bldg. 2, Austin, TX 78758

Terapeuta: _____

Numero de Telefono: 512-451-7337 **Numero de Fax:** 512-451-8729

La persona/organización autorizada para recibir y usar esta información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Numero de Telefono: _____ **Numero de Fax:** _____

Información específica solicitada:

Expediente médico completo Evaluación psicosocial Consulta

Notas de Progreso Registros de Facturación

Esta autorización es válida hasta el momento en que ocurra la muerte del individuo; el individuo llegando a la mayoría de edad; o el permiso se revoca por escrito y vencerá un año después de la fecha de hoy, a menos que se indique lo siguiente, en esta fecha de vencimiento o evento: _____.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito al Centro Samaritano. Entiendo que las acciones anteriores tomadas en dependencia de esta autorización por parte de entidades que tenían permiso para acceder a mi información de salud no se verán afectadas.

He leído y entiendo este formulario y acepto los usos y divulgaciones de la información tal como se describe. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales de privacidad. Entiendo que debo solicitar específicamente por escrito que los registros se soliciten en formato electrónico.

Firma del representante legal individual o individual autorizado:

Fecha:

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Se requiere la firma de un menor para la divulgación de ciertos tipos de información, incluida, por ejemplo, la divulgación de información relacionada con ciertos tipos de atención reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y abuso de drogas, alcohol o sustancias, y tratamiento de salud mental (ver, por ejemplo, Tex. Fam. Código 32.003).

Firma del Menor

Fecha: