

## Methodist Services Community Counseling

51 Market Street, Bangor PA 18013/1708 Washington Boulevard Suite 102 Easton PA 18042  
Teléfono: 610-588-9109 Fax: 610-588-5016

### PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Yo \_\_\_\_\_ (Fecha de nacimiento de \_\_\_\_\_) por la presente doy mi consentimiento y autorizo a los Servicios de Consejería Comunitaria a:

\_\_\_\_\_ Divulgar información a: \_\_\_\_\_ Obtener información de:

Persona / Organización: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

#### La información que se divulgará incluye:

\_\_\_\_\_ Evaluación psiquiátrica \_\_\_\_\_ Registro de medicamentos \_\_\_\_\_ Evaluación (BPA) \_\_\_\_\_ Plan de tratamiento  
\_\_\_\_\_ Resumen de la terapia \_\_\_\_\_ Resumen de alta notas psiquiátricas \_\_\_\_\_ Consulta de caso  
\_\_\_\_\_ Otro: (describa) \_\_\_\_\_

#### Por favor ponga sus iniciales:

\_\_\_\_\_ Autorizo la divulgación de mis registros entendiendo que pueden incluir información personal relacionada con el abuso de drogas, alcoholismo y abuso de otras sustancias.  
\_\_\_\_\_ Autorizo la divulgación de mis registros entendiendo que pueden indicar la presencia de una enfermedad transmisible o no transmisible como el VIH / SIDA.  
\_\_\_\_\_ Autorizo el envío por fax de mis registros.

#### Autorizo esta divulgación de registros con el propósito de:

\_\_\_\_\_ Para coordinar el tratamiento con otros proveedores de servicios  
\_\_\_\_\_ Para obtener seguro, empleo o beneficios gubernamentales  
\_\_\_\_\_ Para permitir que los jueces, abogados, oficiales de libertad condicional / libertad condicional apoyen los objetivos del tratamiento o tomen legales decisiones en mi nombre  
\_\_\_\_\_ Para coordinar los esfuerzos de tratamiento con mi familia y otras personas interesadas  
\_\_\_\_\_ Otro: (describe) \_\_\_\_\_

Esta autorización entrará en vigencia de inmediato y está sujeta a revocación por parte del abajo firmante en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado acción en base a ella y, si no se revoca por escrito, terminará en **un año a partir de hoy**. Se me ha informado de mis derechos, sujeto al Título 5100 de la Ley de Procedimientos de Salud Mental de Pensilvania para inspeccionar el material que se divulgará y de las disposiciones de confidencialidad de la Ley de Control del Abuso de Drogas y Alcohol de Pensilvania y la Ley de Información Relacionada con el VIH, si corresponde.

Este formulario me ha sido completamente explicado. Entiendo su contenido y se me ha ofrecido una copia.

Copia ofrecida: \_\_\_ Aceptada \_\_\_ Rechazada

\_\_\_\_\_  
Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor / Representante de autorización

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo de la firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Nota: Esta información le ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. Las regulaciones estatales limitan su derecho a realizar más divulgaciones sin el consentimiento previo por escrito de la persona a la que pertenece.**