



**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL REGISTRO DEL CLIENTE**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ ID del cliente #: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ S.S.#: \_\_\_\_\_

**Por la presente autorizo y solicito:**

**Proporcionar a:**

Family Houston

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Nombre

PO BOX 70068

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Dirección

Houston, TX 77270

\_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código postal

\_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código postal

713-861-4849

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Teléfono

**Información confidencial sobre la persona mencionada anteriormente: Entiendo que dicha divulgación se hará para el(los) siguiente(s) propósito(s) (Marque uno):**

- Seguimiento
- Proporcionar documentación del tratamiento previo
- Supervisar el estado médico
- Coordinar la planificación del alta
- Coordinación de proveedores de atención primaria
- Facilitar la transferencia
- Coordinar atención
- Trámites judiciales
- Confirmar la participación en el tratamiento y la aceptación de las recomendaciones de tratamiento.
- Para fines de facturación
- Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Y la divulgación se limitará a los siguientes tipos específicos de información (marque uno):**

- Todos los registros relacionados con el tratamiento de la persona antes mencionada.
- Resumen de alta
- Notas de progreso
- Carta o resumen verbal de la evaluación, el tratamiento y las recomendaciones del consejero para la anterior persona nombrada.
- Información requerida para fines de facturación (diagnóstico y fechas de servicio)

Las copias de esta información pueden incluir el diagnóstico/tratamiento de abuso de drogas y alcohol, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Virus de inmunodeficiencia (VIH), o trastornos psiquiátricos. Entiendo que la información utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegido por la ley federal o estatal. Yo entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización formularia a cambio de recibir servicios de Family Services of Greater Houston. **Entiendo que este consentimiento está sujeto a revocación por parte del abajo firmante en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en él. En todo caso, este consentimiento caducará al (1) año de la fecha firmada a menos que sea revocada antes. Fecha de caducidad:** \_\_\_\_\_

**Firma del cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si estoy firmando como padre de un niño menor de edad, también entiendo que la información divulgada puede contener referencias a mí y mi familia.

Firma del Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Yo Por el presente revoco este consentimiento.

Firma del Cliente/Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma/Título del Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del personal (letra de imprenta): \_\_\_\_\_