

## Autorización Para Liberar y Obtener Información Confidencial

Por favor complete esta forma si está utilizando un seguro dentro de la red, EAP y / o le gustaría que colaborar con sus otros proveedores.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre completo), fecha de nacimiento  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, autorizo a Pena Centro de Recuperación:

Para liberar:

Obtener de:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Dirección

(\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_  
Número de teléfono

(\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_  
Fax

### A los efectos de:

Seguros / EAP    Legal    Continuidad de la atención    Transferencia de Cuidado    Uso personal

### Estoy de acuerdo para liberar la siguiente información:

**TODOS LOS REGISTROS**    Diagnóstico    Plan de Tratamiento    Sesión fechas / horas SOLAMENTE

Notas de progreso    Progreso hasta la fecha    Síntomas    Pronóstico

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ha sido tomada en relación con él y que cualquier caso este consentimiento expirará 90 días después de la fecha de las descargas del cliente, a menos que se especifique otra fecha.

La especificación de la fecha, evento o condición sobre la cual este consentimiento expira: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que la información médica divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y que la Regla de Privacidad Federal ya no puede proteger dicha información, aunque la re- la revelación de tal información puede ser protegido por la ley aplicable.

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso Del Cliente

\_\_\_\_\_  
Firma y Fecha Del Cliente

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso Del Tutor Legal (si el cliente es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
El Tutor Legal de la Firma (si el cliente es menor de 18 años) y Fecha