



## Autorización para Divulgar Información Confidencial y los Registros

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a Monarch Wellness a divulgar a/de:  
(Cliente o Guardian Legal)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Individual / Organización y Dirección / Número de Teléfono / Fax)

La información de los registros de \_\_\_\_\_ (Nombre)  
(Inicial) \_\_\_\_\_ (Fecha de Nacimiento)

Para el siguiente propósito, uso, o necesidad: CONSULTAR CON RESPECTO AL TRATAMIENTO  
(Inicial)

La información de estos registros puede ser divulgada, entre las fechas de:

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

Excluir la siguiente información de su divulgación: \_\_\_\_\_

Yo reconozco que dicha información no puede ser divulgada sin mi consentimiento informado por escrito a menos que se disponga lo contrario por la ley. Estoy de acuerdo en que la información puede ser enviada por fax por conveniencia. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Cualquier revocación se hará por escrito a la atención de mi terapeuta en Monarch Wellness y cualquier información previamente autorizada y divulgada no será objeto a revocación. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud de 1996 (HIPAA) protege la privacidad de información. La información divulgada no puede ser copiada, compartida, o re-divulgada, a menos que en consonancia con el objetivo autorizado indicado anteriormente. Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización, y que Monarch Wellness no me va a rechazar tratamiento, si me niego a firmar. Yo tengo el derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información divulgada. Una fotocopia exacta / copia de fax de la presente autorización tendrá el mismo efecto que el original.

Si no hay revocación expresada, esta autorización expirará en un año a partir de la fecha indicada después de mi firma. También he tenido la oportunidad de tener este formulario explicado y tener respuestas a mis preguntas.

\_\_\_\_\_  
Cliente (Por favor escriba)

\_\_\_\_\_  
Firma de Cliente

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardian si es menor de edad (Por favor escriba)

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Terapeuta

\_\_\_\_\_  
Firma de Terapeuta

Fecha: \_\_\_\_\_