

## Karitas Counseling

### AUTORIZACIÓN PARA COMUNICAR / INTERCAMBIAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Este formulario no se puede utilizar para volver a intercambiar la información confidencial proporcionada a Karitas Counseling por otras personas o agencias. Dichas solicitudes deben remitirse a la persona o agencia original.

Yo, \_\_\_\_\_, Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_, autorizo a Karitas Counseling para:

\_\_\_\_\_ Liberar a:  
\_\_\_\_\_ Obtener de:  
\_\_\_\_\_ Intercambiar con:

Nombre de la Persona /Organización: \_\_\_\_\_

Si a Organización, Atención a: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Número de Fax: \_\_\_\_\_

La Siguiete Información:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> El Diagnostico         | <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento  | <input type="checkbox"/> Historia sobre uso de alcohol o drogas |
| <input type="checkbox"/> La Asistencia          | <input type="checkbox"/> Examen del Estado Mental | <input type="checkbox"/> Evaluación de abuso de substancias     |
| <input type="checkbox"/> El Pronóstico          | <input type="checkbox"/> Resumen Mensual          | <input type="checkbox"/> Resumen de Descarda                    |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psicosocial | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso        | <input type="checkbox"/> Historia Psiquiátrica                  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____            |   |   |

Para las fechas de inicio de los servicios \_\_\_\_\_ y terminando \_\_\_\_\_.

A fin de:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Planificación de Tratamiento | <input type="checkbox"/> Coordinación de Cuidados/ Tratamiento  | <input type="checkbox"/> Continuidad del Tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Participación de la familia  | <input type="checkbox"/> Agente de Libertad Condicional/Abogado/Juez/Corte/Asistente o Trabajadora Social |  |

Esta autorización se limita solamente a la información que he solicitado anteriormente para ser usada o divulgada a las personas o instalaciones aquí mencionadas. Por la presente libero a Karitas Counseling y a sus empleados de todas las responsabilidades legales o responsabilidades que pueden surgir del uso o revelación de registros médicos y otra información de salud en base a esta autorización.

Entiendo que a menos que cancele esta autorización antes, esta autorización se terminara automáticamente en un (1) ano desde la fecha en que se firma esta autorización.

Entiendo que tengo el derecho de detener el uso o la liberación de información en cualquier momento, aunque entiendo que no puedo hacer nada acerca de la información ya utilizada o revelada bajo esta autorización.

Certifico que esta petición se ha hecho voluntariamente y que la información dado arriba es exacto a lo mejor de mi conocimiento. Cualquier revelación de la información del expediente médico por los recipientes no se autoriza excepto cuando implícito en los propósitos de esta revelación. La copia del archivo se considera equivalente al original.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Cliente o Padre o Tutor Legal      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante de la Agencia      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o Padre o Tutor Legal      Fecha