

AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL

Nombre del cliente _____ **Fecha de nacimiento** _____

Por medio de la presente autorizo **la solicitud y entrega de mi información** (o de mi hijo) entre mi terapeuta:

Elena Dasgupta-Tsinikas, LCSW
3840 Woodruff Avenue, Suite 108, Long Beach, CA 90808

Y el siguiente individuo, agencia, o institución:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

La siguiente información a ser divulgada es con el único propósito de la continuidad de cuidado:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resúmenes de admisión/Descarga | <input type="checkbox"/> Consultas |
| <input type="checkbox"/> Evaluación educativa/Registros | <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Historial médico/Examen físico | <input type="checkbox"/> Evaluación psicológico |
| <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Historial social |
| | <input type="checkbox"/> Todos registros apropiados |

Otro: _____

Esta autorización expirará 90 días después de la terminación/descarga de servicios. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ya se haya tomado, por informar a todas las personas anteriormente mencionados por escrito. También tengo derecho a retener una copia de esta autorización. Al autorizar la entrega de información confidencial, por medio de la presente libero a Elena Dasgupta-Tsinikas, LCSW de todas y cada una de las responsabilidades que resultan de todos y cada uno de los usos de la información. Una fotocopia o copia electrónica es tan válida como el original. Este es un registro medico estrictamente confidencial. Revelación o transferencia está expresamente prohibida por la ley.

Firma: _____
(Cliente)

Fecha _____

Firma: _____
(Padre o representante autorizado)

Fecha _____