



ONLY TELEHEALTH
9040 Town Center Parkway,
Lakewood Ranch, FL 34202
(845) 364-9226, Fax: (845) 512-5244
claudia@vicalex.net
<https://vicalexbehavioralhealth.com/>

AUTORIZACION PARA USO Y/O DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD

Nombre del Pacientes: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre si es menor de edad: _____

Por la presente autorizo a Claudia Olave-Guillermo, MA, MSSW, LCSW-R, a utilizar y/o divulgar la información de Salud Mental según se describe a continuación. Entiendo que por lo demás esta información estaría protegida y no estaría sujeta a uso y/o divulgación.

(A) _____

Autorizo a las siguientes personas (o clases de personas), a recibir, y hacer uso y/o divulgación autorizada de mi información de Salud Mental Protegida:

(B) _____

Mi Información de Salud Mental Protegida se utilizara o divulgara para los siguientes propósitos (Por favor, mencione y explique brevemente cada propósito.

(C) _____

(D) Esta autorización vence: _____

(Escriba la fecha o evento)

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación se deberá hacer por escrito y será ser entregada a Claudia Olave-Guillermo, MA, MSSW, LCSW-R, donde se mantiene dicha información.

Entiendo la posibilidad de que la información de Salud Mental Protegida provista a través de esta solicitud sea re-divulgada por el receptor. Si la re-divulgación se hace a alguien que no está obligado a cumplir con los reglamentos federales de protección de privacidad, dicha información podría no estar protegida.

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Relación

Fecha

Firma del Oficial de Privacidad/Psicoterapeuta

Fecha