



Dr. B Psychiatry Consult, PC
Jose G. Bejarano, MD
Psiquiatra de adultos certificado por la Junta

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR O INTERCAMBIAR INFORMACIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Número de teléfono: _____

OTRA PARTE

Por la presente autorizo a Dr. B Psychiatry Consult, PC a intercambiar información con:

Nombre de la persona/organización: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

INFORMACIÓN A DIVULGAR

_____ Toda la información médicamente indicada

_____ Información específica (por favor especifique) _____

Esta información puede consistir en informes de evaluación psiquiátrica, notas de progreso, resultados de laboratorio, etc.

Esta información se utilizará para determinar la idoneidad del tratamiento, desarrollar un diagnóstico y un plan de tratamiento para facilitar la coordinación de los servicios

RECONOCIMIENTO

Entiendo que la información NO puede ser enviada por ninguna de las partes mencionadas en esta autorización a ningún otro individuo o agencia sin mi consentimiento por escrito. Entiendo que esta información no puede ser divulgada nuevamente por su destinatario. También tengo derecho a restringir la divulgación de mi información de salud protegida a mi plan de salud con respecto a la atención médica por la que he pagado de mi bolsillo en su totalidad. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento mediante mi declaración por escrito, excepto en la medida en que la(s) persona(s) autorizada(s) para divulgar la información descrita anteriormente ya hayan tomado medidas basándose en ella. Se revoca automáticamente 30 días después de la terminación de la relación terapéutica o bajo las siguientes condiciones: Este consentimiento se otorga voluntariamente, sin coacción. No es necesario firmar este formulario para recibir tratamiento/servicios en Dr. B Psychiatry Consult, PC.

Paciente: _____

Fecha: _____