

PERMISO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Información que habrá de divulgarse:

Coordinación de tratamiento hasta la fecha

Evaluación Psicológico

Otra: _____

Finalidad de la divulgación:

Coordinación de personas involucradas en el caso

Otra: _____

Personas autorizadas a efectuar la divulgación: _____

Personas autorizadas a recibir la divulgación: _____

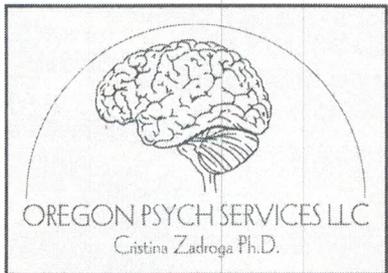
Método de divulgación:

Escrito a esta dirección: _____

Verbal a este número de teléfono: _____

Electrónico a este correo electrónico: _____

Fecha de hoy: _____ Fecha de expiración del permiso: _____



Entiendo que la información acerca de mi salud está bajo protección legal. Autorizo la divulgación de información reservada acerca de mi salud conforme a lo aquí manifestado. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y que puedo revocar este permiso en cualquier momento, salvo en la medida que la información ya se haya divulgado de acuerdo con esta autorización. En caso de que resolviera revocar este permiso lo consignaré por escrito.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma del representante personal: _____ Fecha: _____