



*Elements of Motivation*

**Autorización para la divulgación u obtención de información de salud protegida (protected health information; PHI) en conformidad con la Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)**

Yo, \_\_\_\_\_, quien tiene fecha de nacimiento, \_\_\_\_\_,

autorizo \_\_\_\_\_ a que se divulguen y/ u obtengan mi información

personal de salud protegida de \_\_\_\_\_ la información especificada:

**Descripción de la información a divulgar**

(Cliente debe poner sus iniciales en cada artículo que permiten divulgar.)

\_\_\_\_\_ Evaluación

\_\_\_\_\_ Resultados de pruebas

\_\_\_\_\_ Diagnostico

\_\_\_\_\_ Información educacional

\_\_\_\_\_ Evaluación psicosocial

\_\_\_\_\_ Presencia/ Participación

\_\_\_\_\_ Evaluación psicológica

\_\_\_\_\_ Continuación de la atención

\_\_\_\_\_ Plan de tratamiento o resumen

\_\_\_\_\_ Progreso en el tratamiento

\_\_\_\_\_ Tratamiento actual

\_\_\_\_\_ Otros registros según se especifica

**El propósito**

El propósito de esta autorización para la divulgación o obtención de información de salud protegida es para mejorar la evaluación y la planificación del tratamiento, divulgar información relevante para el tratamiento, y si es aplicable, coordinar servicio de tratamiento. Por favor especifique si hay otro(s) propósito(s): \_\_\_\_\_

**Revocar**

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y presentarse o enviarse por correo a Elements of Motivation. La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.

