

**CENTRO DE SALUD MENTAL EN AURORA**

11059 East Bethany Drive Suite 200 • Aurora, CO 80014 • Teléfono 303.617.2300  
Contacto del Centro: Fax 303.617. Teléfono 303.617.

**AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION**

Nombre de Cliente (con letra de imprenta) No de Seguro Social Fecha de Nacimiento CID

**Yo autorizo al Centro de Salud Mental en Aurora a intercambiar información con:**

Nombre de Persona u Organización Teléfono

Dirección/Cuidad/Estado/Código Postal Fax

**La información para ser revelada incluye:**

Evaluaciones  Historia de Medicamentos  Evaluaciones Psiquiatras/Psicológicas  
 Planes de Servicio  Estudios Laboratorios  Historial de Salud Completa  
 Notas de Progreso  Resúmenes de Altas/Tratamiento  Otro \_\_\_\_\_

**Fechas incluyen:**  Todas las fechas del tratamiento  Desde \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**El propósito de esta forma es para:**  Continuidad del tratamiento  
 Otro \_\_\_\_\_

YO ENTIENDO que la información que será revelada podrá incluir información relacionada al abuso de drogas y alcohol o alcoholismo; y que esta información esta protegida por la ley federal [42 CFR Parte 2]. La información revelada también podrá incluir condiciones psiquiatras y de la VIH/SIDA.

YO ENTIENDO que la información revelada conforme a esta Autorización podrá ser revelada por el recipiente y tal vez ya no podrá ser protegida por la Regulación de Privacidad Federal [45 CFR Parte 164].

YO ENTIENDO que yo puedo revocar esta Autorización en cualquier momento al dar mi aviso escrito al Centro, excepto en el caso que el Centro ya haya tomado acción en esta solicitud. Esta Autorización se vencerá el \_\_\_\_\_ (fecha), o, si queda en blanco, un año desde la fecha de mi firma. Yo le quito el cargo al Centro de toda responsabilidad legal por haber revelado la información solicitada.

YO ENTIENDO que tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios tal vez no podrán ser condicionados al firmar esta Autorización.

**AVISO AL RECIPIENTE DE ESTA INFORMACION**

*Esta información ha sido revelada a usted a través de historiales protegidos por reglas confidenciales federales [42 CFR Parte 2 y 45 CFR Parte 164]. Las reglas federales lo prohíben de hacer cualquier otra revelación de esta información a menos que más revelación de la información sea otorgada/permitida por medio de un consentimiento escrito de parte de la persona a quien le pertenezca o si es permitido por 42 CFR Parte 2 o 45 CFR Parte 164. Una autorización general para la revelación de información médica u otra información NO es lo suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o procesar a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.*

Firma de Cliente o Representante Legal Fecha

Nombre del Representante Legal (con letra de imprenta) Teléfono

Si usted es un Representante Legal, por favor circule uno: Madre o Padre de un menor de edad / Guardián / Custodio / GAL MDPOA / Representante Personal (Albacea de Bienes)

Por la presente yo revoco esta Autorización para Revelar Información.

Firma de Cliente o Representante Legal Fecha