



**Autorización para divulgar o obtener información**

Yo, \_\_\_\_\_ (Nombre del cliente), con fecha de nacimiento de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

Autorizo a **Jewish Family Service of the Desert (JFS)** a dar o recibir información a:

Nombre de la persona o organización

Teléfono

Fax

Dirección

Ciudad/Estado

Zip

la siguiente información:

**Descripción de la información que debe divulgarse**

***(Paciente o los padres deben escribir sus iniciales en cada elemento para divulgar)***

- |                                                                      |                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Evaluación                                  | <input type="checkbox"/> Información Médica/Enfermería                         |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico                                 | <input type="checkbox"/> Informes toxicológicos/Detección de consumo de drogas |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psicológica                      | <input type="checkbox"/> Información Educativa                                 |
| <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento o el Resumen            | <input type="checkbox"/> Información de Alta/Transferencias                    |
| <input type="checkbox"/> Actualización de tratamiento actual         | <input type="checkbox"/> Plan de Cuidado Continuo                              |
| <input type="checkbox"/> Información de Administración de medicación | <input type="checkbox"/> Progreso en el tratamiento                            |
| <input type="checkbox"/> Información demográfica                     | <input type="checkbox"/> Documentos legales                                    |
| <input type="checkbox"/> Presencia/participación en el tratamiento   | <input type="checkbox"/> Otro _____                                            |

**Propósito**

El propósito de esta divulgación de información es mejorar la evaluación y la planificación del tratamiento, compartir información que es revelante a los tratamientos y, cuando adecuado, coordinar los servicios de tratamiento.

Si otro propósito, por favor, especifique:

**Revocación**

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento mediante notificación escrita a **JFS** en el **490 S. Farrell Dr., Suite C208, Palm Springs, CA 92262**. Además, entiendo que la revocación de la autorización no es efectiva en la medida en que la acción ha sido tomada en relación con la autorización.

**Vencimiento**

A menos que antes revocada, esta autorización expira en la siguiente fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ o como es indicado aquí:

**Condiciones**

Además, entiendo que **JFS** no condicionará mi tratamiento si le doy o no la autorización para la divulgación solicitada. Sin embargo, se me explicó que no firmar esta autorización puede tener las siguientes consecuencias:

---

**Forma de divulgación**

A menos que usted haya solicitado específicamente por escrito que la divulgación se haga en un formato determinado, nos reservamos el derecho de revelar información según lo permitido por esta autorización en la manera que consideremos apropiada y compatible con la legislación aplicable, incluyendo pero no limitado a, verbalmente, por escrito o electrónicamente.

**Re-revelación**

La ley federal prohíbe a la persona u organización a quien se hace la divulgación de hacer cualquier otra revelación de información de tratamiento del abuso de sustancias, a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida en la autorización por escrito de la persona a la que pertenece o en la forma permitida por la 42 CFR Parte 2. Otros tipos de información puede ser revelada por el destinatario de la información en las siguientes circunstancias:

---

Se me dará una copia de esta autorización para mis archivos

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación

Si usted firma como representante personal de un individuo, por favor describa su autoridad para actuar en este poder individual (de abogado, el sustituto de la asistencia sanitaria, etc)

**Marque aquí si el cliente se niega a firmar la autorización**

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo de JFS

\_\_\_\_\_  
Fecha