

Consent for Release of Information, Spanish Translation
CONSENTIMIENTO PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

YO, _____, NACIDO EL _____,
(NOMBRE DEL PACIENTE) (FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE)

AUTORIZO A _____ A
(CLÍNICA O NOMBRE DEL PROVEEDOR)

REVELAR A _____
(NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA PERSONA/ORGANIZACIÓN QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN)

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: _____.

EL PROPÓSITO DE ESTA DIVULGACIÓN ES: _____.

ESTA AUTORIZACIÓN VENCE EL: _____, O

CUANDO _____ YA NO ME PRESTE SUS SERVICIOS.

Comprendo que mis registros están protegidos por las regulaciones federales y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito, a menos que se disponga lo contrario en dichas regulaciones. Comprendo también que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, salvo en la medida en que se hayan tomado acciones en función del mismo.

Firma del paciente _____ Fechado el _____

Firma del testigo _____ Fechado el _____

ATENCIÓN DESTINATARIO:
Aviso de prohibición de redivulgación

Esta información le ha sido revelada de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales [C.F.R., por sus siglas en inglés]). Las normas federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información a menos que la divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por la Parte 2 del Título 42 del C.F.R. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de esta información para investigar o procesar criminalmente a cualquier paciente que se encuentre en tratamiento por abuso de alcohol o drogas.