



Consentimiento Para Obtener o Divulgar Información

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____

Ciudad: _____ País: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (____) _____ - _____

Este formulario me autoriza a divulgar y obtener información sobre su registro clínico a otra persona u organización.

Autorizo al Tampa Counseling and Wellness a divulgar información de mi historia clínica, incluyendo historia, planes de tratamiento, notas de progreso, pruebas e información sobre el alta.

Autorizo al Tampa Counseling and Wellness a obtener información de mi historia clínica, incluyendo historia, planes de tratamiento, notas de progreso, pruebas e información sobre el alta.

Esta solicitud incluye específicamente los registros de salud mental y / o psiquiátrica.

EL PROPÓSITO DE DIVULGAR / OBTENER ESTA INFORMACIÓN ES:

Coordinación de tratamiento Otra razón: _____

ESTA INFORMACIÓN SOLO SE PUEDE DIVULGAR U OBTENER DE:

Nombre del Individuo / Organización: _____

Dirección del Individuo / Organización: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Este consentimiento permanecerá vigente por: Un año Otro periodo: _____

ENTIENDO QUE: Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento enviando un aviso por escrito de mi solicitud para revocar el consentimiento a mi terapeuta. La revocación no se aplicará a los registros o la información ya publicada. No tengo ninguna obligación de firmar este comunicado y la negativa a hacerlo no afectará mi capacidad de obtener tratamiento de mi terapeuta. Aunque la ley de Florida prohíbe que el destinatario vuelva a divulgar esta información, mi terapeuta no puede garantizar que el destinatario no vuelva a revelar la información. Según la ley de Florida, si se solicitan registros relacionados con la terapia familiar o de pareja, todas las partes deben dar su consentimiento por escrito.

Mi terapeuta proporcionará la información de manera oportuna. Puede tomar tiempo desde la recepción de esta autorización firmada para que los materiales sean recuperados, duplicados o resumidos para su liberación. Las solicitudes aceptadas se completarán dentro de los 30 días. Puede haber un cargo por copiar y manejar esta solicitud. Se aplicarán las tarifas aplicables según la ley estatal. Al firmar esta autorización, acepto pagar esas tarifas.

Firma del cliente o representante legal: _____

Nombre impreso del cliente o representante legal: _____

Fecha: _____