



The Northwest Catholic Counseling Center

Teléfono 503-253-0964 * Fax 503-253-7659

Archivo # _____

Autorización para compartir información

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo el intercambio de información confidencial entre *Northwest Catholic Counseling Center* ("NWCC") y:

Doctor/a / Nombre del proveedor médico: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Por favor, proporcione la siguiente información o registros (debe escribir las iniciales de su nombre y apellido al frente de la información o registros requeridos):

- | | | |
|-------------------------------|------------------------|------------------------|
| Historia familiar | Informe escolar | Resultados de exámenes |
| Servicios de salud mental | Apuntes clínicos | Otros |
| Tratamiento de alcohol/drogas | Expediente médico | |
| Plan de tratamiento | Registros de HIV/ SIDA | |

Propósito del intercambio de información: _____

La información revelada será utilizada para coordinar los servicios. El tratamiento que me realiza NWCC no puede condicionarse a mi consentimiento para firmar esta autorización. Esta autorización tendrá una vigencia de un año a partir de la fecha en que sea firmada. En cualquier momento, puedo revocar esta autorización al enviar una notificación por escrito, pero entiendo que una revocación no afectará la información que se haya entregado antes de la revocación.

Entiendo que, si la persona o agencia que recibe mi información médica de NWCC no está cubierta por las leyes de privacidad estatales o federales, la información revelada podrá ya no estar protegida.

He leído y entendido los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y el intercambio de mi información médica. Al firmar a continuación, consciente y voluntariamente, doy mi consentimiento para revelar e intercambiar la información descrita en esta autorización.

Nombre escrito del cliente válido como firma

Fecha

Nombre escrito del padre / custodio legal válido como firma

Fecha

Para quienes reciben la información bajo esta autorización:

Esta información está protegida por la ley federal y estatal. Usted no está autorizado a revelarla a ninguna agencia o persona que no esté registrada en este formulario sin el consentimiento escrito específico de la persona a quien pertenece esta información, a menos que sea autorizado por otras leyes.