

# Divulgación de Información

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Autorizo a Anthony Tucci a  Enviar  Recibir la siguiente información:

Historial médico y evaluación(es)

Resultados de neuroimagen

Evaluaciones de salud mental

Historia del desarrollo y/o social

Registros educativos

Notas de progreso y tratamiento o resumen de conclusión

Otro: \_\_\_\_\_

Para/De: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

La información anterior se utilizará para los siguientes propósitos:

Planear tratamiento o programa adecuado

Continuar tratamiento o programa adecuado

Determinar elegibilidad para beneficios o programas

Revisión de caso

Actualización de archivos

Otro: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta información puede estar protegida por el Título 42 (Código de Reglas Federales de Privacidad de Información de Salud Individualmente Identificable, Partes 160 y 164) y el Título 45 (Reglas Federales de Confidencialidad de Registros de Pacientes de Abuso de Alcohol y Drogas, Capítulo 1, Parte 2), además de las leyes gubernativas aplicables. Además, entiendo que la información divulgada al destinatario puede no estar protegida por estas leyes si no es un proveedor de atención médica cubierto por las reglas estatales o federales.

Entiendo que esta autorización es voluntaria, y puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito, y después (algunos estados varían, generalmente 1 año) este consentimiento vence automáticamente. Se me ha informado qué información se dará, su propósito y quién recibirá la información. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización.

Si usted es el guardián legal o representante designado por el tribunal para el cliente, adjunte una copia de esta autorización para recibir esta información de salud protegida.

Firma del Cliente:

Firma del Testigo/Relación (si el cliente no puede firmar):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha:

Fecha:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Piece By Piece: Neurobehavioral Services  
2021 Midwest Road St. 200  
Oak Brook, IL 60523

Phone: 630.705.3060  
Fax: 630.560.6412