Liza J Alvarado, MS, LPC

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Autorización para divulgar información

Yo, (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), (en adelante el "Cliente") Por la presente autorizo ​​(Liza J Alvarado), (en adelante "Proveedor") a divulgar información sobre el tratamiento de la salud mental y los registros obtenidos en el curso del tratamiento de psicoterapia Cliente, incluyendo, pero no limitado a, el diagnóstico del terapeuta del Cliente, a:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización. Entiendo que cualquier cancelación o modificación de esta autorización debe ser por escrito. Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento a menos Proveedor ha tomado acciones de seguridad sobre ella. Y, yo también entiendo que tal revocación debe ser por escrito y recibida por proveedores en, 701 W. Union Blvd Suite 4, Bethlehem, PA 18018, que sea effectivo.

Se requiere esta revelación de información y registros autorizados por el Cliente para el siguiente propósito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Los usos y limitaciones específicos de los tipos de información médica que se tratarán son los siguientes (ser tan específico como usted decide):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tal revelación se limitará a los siguientes tipos específicos de información:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Terapeuta no deberá condicionar el tratamiento a la firma del cliente esta autorización y el cliente tiene el derecho de negarse a firmar este formulario.

El cliente entiende que la información usada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no puede ser protegido por la Regla de Privacidad HIPAA, aunque la ley aplicable de Pennsylvania puede proteger dicha información.

Esta autorización será válida hasta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La firma del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de testigo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_