



Autorización para compartir información de forma Recíproca

| | |
|------------------------------------|----------------------|
| Nombre: | |
| Dirección: | |
| Ciudad/Estado/Código Postal (Zip): | Teléfono: |
| Número de Seguro Social: | Fecha de Nacimiento: |

Yo, _____, autorizo a _____ o a su designado en
(Nombre del Cliente) (Terapeuta)

Nombre: The Genesis Therapy Center
Dirección: 6006 W. 159th Street, Building C, Oak Forest, IL 60452 (Edificio de Administración)
Teléfono: (708) 535-7320 Fax: (708) 535-7571

Para intercambiar información verbal _____ escrita _____ con: _____

Tipo de información que puede ser compartida o revelada: (Circule) Resumen de Papeles de Ingreso; Resumen de Terminación; Fechas de Tratamiento, Metas y Progreso, Historia Educativa y Laboral; Historia de Desarrollo y/o Social; Historial Médico; Evaluación Psicológica, otro; _____.

Propósito: (Circular) Según solicitud del individuo; Evaluación Adicional de Salud Mental/Psicológica/Psiquiátrica; Tratamiento y Atención Adicional; Planificación de Tratamiento y/o Coordinación; Investigación.

NOTIFICAIÓN PARA LA AGENCIA/PERSONA RECIBIDORA: La Ley Federal y Estatal prohíbe a la persona u organización de la cual se está compartiendo información de realizar alguna otra divulgación adicional de tal información a menos que esta esté explícitamente permitida por una autorización escrita por la persona a la cual le incumbe o según lo permite el 42 C.F.R. Parte 2 o el Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act (740 ILCA 110/1 et. seq.)

Entiendo que tengo el **derecho de revocar** esta autorización por escrito en cualquier momento, enviando una notificación por escrito al terapeuta designado arriba. Sin embargo, la revocación de esta no será efectiva en la medida en que se han tomado medidas en virtud de lo autorizado previamente o si se ha obtenido esta autorización como una condición para obtener cobertura de seguro y la aseguradora tiene el derecho legal de impugnar un reclamo.

Si no se recibe ninguna notificación de revocación, esta **expirará automáticamente en** esta fecha: _____ (un año después de haberla firmado; si se deja en blanco el formulario es válido únicamente para el día en que el formulario de autorización fue recibido por el terapeuta).

Entiendo que The Genesis Therapy Center generalmente no va a condicionar servicios psicológicos de acuerdo a mi firma y autorización, a menos que los servicios psicológicos sean provistos a mi persona con el propósito de crear información de salud para una tercera parte. Sin embargo, el negarse a firmar esta autorización puede generar las siguientes consecuencias:

Entiendo que tengo el **derecho de inspeccionar** y recibir una copia de la información que será revelada. Puedo solicitar una copia de esta autorización para mis récords.

Firma del Cliente Fecha

Firma del Padre, Guardian, o Representante Legal Fecha

(Si usted está firmando como representante legal, describa la autoridad en la que actúa en base al individuo, poder legal, etc.)

_____ Marcar aquí si el cliente se rehúsa a firmar la autorización.

Firma de Testigo Fecha