

<b>Estudiante</b>	Nombre del estudiante: _____	Fecha de nacimiento: _____												
<b>Autorizado por</b>	Yo autorizo: A esta(s) entidad(es) (nombre/dirección del destinatario(s)): Destinatario: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ A utilizar y/o divulgar una copia de la información sobre salud y servicios descrita a continuación para el estudiante arriba mencionado.													
<b>Autorizado para</b>	Yo autorizo: A esta(s) entidad(es) (nombre/dirección del destinatario(s)): Destinatario: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ A utilizar y/o divulgar una copia de la información sobre salud y servicios descrita a continuación para el estudiante arriba mencionado.													
<b>Propósito</b>	Con el fin de: <input type="checkbox"/> Esta información puede utilizarse o divulgarse en relación con tratamientos y servicios de salud mental y de atención médica . <input type="checkbox"/> Otros fines (especifique cada fin): _____ _____													
<b>Información que se puede divulgar</b>	Descripción o naturaleza de la información que se utilizará y/o divulgará: (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Evaluación y resumen de admisión. <input type="checkbox"/> Informes psiquiátricos. <input type="checkbox"/> Plan de servicio y tratamiento. <input type="checkbox"/> Informe de progreso. <input type="checkbox"/> Plan de seguridad y crisis. <input type="checkbox"/> Otros antecedentes(especifique): _____  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;"> <b>Salud mental</b>  <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> N/A         </td> <td style="padding: 5px;">           Mis registros pueden contener información relativa a diagnósticos y/o tratamientos de salud mental. Doy mi autorización específica para que se divulguen estos informes.         </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <b>Consumo de sustancias</b>  <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> N/A         </td> <td style="padding: 5px;">           Mi expediente puede contener información sobre el diagnóstico y/o tratamiento de drogas, alcoholismo, abuso de sustancias. Autorizo expresamente la divulgación de estos datos.         </td> </tr> </table>		<b>Salud mental</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Mis registros pueden contener información relativa a diagnósticos y/o tratamientos de salud mental. Doy mi autorización específica para que se divulguen estos informes.	<b>Consumo de sustancias</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Mi expediente puede contener información sobre el diagnóstico y/o tratamiento de drogas, alcoholismo, abuso de sustancias. Autorizo expresamente la divulgación de estos datos.								
<b>Salud mental</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Mis registros pueden contener información relativa a diagnósticos y/o tratamientos de salud mental. Doy mi autorización específica para que se divulguen estos informes.													
<b>Consumo de sustancias</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Mi expediente puede contener información sobre el diagnóstico y/o tratamiento de drogas, alcoholismo, abuso de sustancias. Autorizo expresamente la divulgación de estos datos.													
<b>Aviso</b>	Entiendo que, si el destinatario de la información divulgada en virtud de esta autorización no es un plan de salud o proveedor cubierto por las leyes federales o estatales de privacidad, este podrá volver a divulgar la información y ya no estará protegida por dichas leyes. Si la información que se divulga en virtud de esta autorización incluye información sobre VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, pruebas genéticas y diagnóstico, tratamiento o derivación por abuso de drogas o alcohol, las leyes y reglamentos federales, incluidas las normas 42 CFR Parte 2 y 45 CFR Partes 160 y 164, o la ley estatal, pueden impedir que el receptor vuelva a divulgar esta información. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.													
<b>Caducidad</b>	Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, en cualquier momento enviando una notificación por escrito. Asimismo, entiendo que una revocación de la autorización no es efectiva cuando ya se hayan tomado medidas basándose en esta.  A menos que sea revocada con anterioridad, esta autorización es válida durante 180 días a partir de la fecha de la firma que figura a continuación, o durante el período de tiempo se indique a continuación:  Fecha: _____													
<b>Firmas</b>	He leído esta autorización, la entiendo y se me ha ofrecido una copia. Se requiere la firma del menor de edad para divulgar la siguiente información: (1) estado, diagnóstico, tratamiento de VIH/SIDA (14 años); (2) planificación familiar/aborto sin límite de edad; (3) tratamiento de alcohol o drogas (13 años); y (4) servicios de salud mental (13 años).  <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Firma del estudiante</td> <td style="width: 55%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Fecha</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Firma del representante legal o personal</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Relación con el estudiante</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Fecha</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Fecha</td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">Actualización de la autorización</td> <td style="width: 35%; padding: 5px;">Firma 1: _____</td> <td style="width: 35%; padding: 5px;">Fecha: _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">Firma 2: _____</td> <td style="padding: 5px;">Fecha: _____</td> </tr> </table>		Firma del estudiante	Fecha	Firma del representante legal o personal	Relación con el estudiante	Fecha	Fecha	Actualización de la autorización	Firma 1: _____	Fecha: _____		Firma 2: _____	Fecha: _____
Firma del estudiante	Fecha													
Firma del representante legal o personal	Relación con el estudiante													
Fecha	Fecha													
Actualización de la autorización	Firma 1: _____	Fecha: _____												
	Firma 2: _____	Fecha: _____												