



Estudiante	Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ _____										
Autorizado por	Yo autorizo: A esta(s) entidad(es) (nombre/dirección del destinatario(s)): Destinatario: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____										
Autorizado para	A utilizar y/o divulgar una copia de la información sobre salud y servicios descrita a continuación para el estudiante arriba mencionado. Yo autorizo: A esta(s) entidad(es) (nombre/dirección del destinatario(s)): Destinatario: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____										
Propósito	A utilizar y/o divulgar una copia de la información sobre salud y servicios descrita a continuación para el estudiante arriba mencionado. 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): _____										
Información que se puede divulgar	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%; text-align:center;">Salud mental</td> <td>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> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A </td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">Consumo de sustancias</td> <td>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> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A </td> <td></td> </tr> </table>	Salud mental	Mis registros pueden contener información relativa a diagnósticos y/o tratamientos de salud mental. Doy mi autorización específica para que se divulguen estos informes.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		Consumo de sustancias	Mi expediente puede contener información sobre el diagnóstico y/o tratamiento de drogas, alcoholismo, abuso de sustancias. Autorizo expresamente la divulgación de estos datos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			
Salud mental	Mis registros pueden contener información relativa a diagnósticos y/o tratamientos de salud mental. Doy mi autorización específica para que se divulguen estos informes.										
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A											
Consumo de sustancias	Mi expediente puede contener información sobre el diagnóstico y/o tratamiento de drogas, alcoholismo, abuso de sustancias. Autorizo expresamente la divulgación de estos datos.										
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A											
Aviso	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.										
Caducidad	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: _____										
Firmas	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%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width:45%; text-align:center;">Firma del estudiante</td> <td style="width:55%; text-align:center;">Fecha</td> </tr> <tr> <td style="width:45%; text-align:center;">Firma del representante legal o personal</td> <td style="width:55%; text-align:center;">Relación con el estudiante Fecha</td> </tr> </table> <table style="width:100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width:30%;">Actualización de la autorización</td> <td style="width:30%;">Firma 1: _____</td> <td style="width:30%;">Fecha: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="width:30%;">Firma 2: _____</td> <td style="width:30%;">Fecha: _____</td> </tr> </table>	Firma del estudiante	Fecha	Firma del representante legal o personal	Relación con el estudiante 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										
Actualización de la autorización	Firma 1: _____	Fecha: _____									
	Firma 2: _____	Fecha: _____									