



LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Nombre del paciente Completo:		
DOB:	Seguro Social:	Sexo – <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Otro
Teléfono:	Celular:	Correo electrónico:
Dirección postal:		

Autorizo a Miracle Counseling and Life Coaching LLC a usar o divulgar información de mis registros de salud mental, que pueden incluir información verbal y escrita entre ambas partes para:

Nombre:	
Teléfono:	Correo electrónico:
Dirección postal:	

Para el siguiente propósito o necesidad:	Se autoriza la siguiente información:
Diagnóstico y/o planificación del tratamiento SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fechas de tratamiento SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Formación educativa SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Historial Médico SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Fines de seguro/y/o facturación SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Evaluaciones de salud SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otro (Especificar)	Otro (Especificar)

Esta Autorización está sujeta a revocación en cualquier momento y expira al cumplir con el propósito para el cual se otorga este consentimiento o la fecha de vencimiento: _____ (máximo 180 días). El firmante tiene el derecho de inspeccionar y recibir una copia del material que se divulgará según lo requerido por los Estatutos estatales de WI.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo esta Autorización.

Nombre	Firma	Fecha
Padre	Firma	Fecha
Tutor Legal	Firma	Fecha
Persona autorizada	Firma	Fecha
Relación con el paciente	Firma	Fecha
Nombre del médico	Firma	Fecha

