



## Autorización para Intercambiar/Liberar Información Confidencial

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a *The Bridge Youth and Family Services* a revelar u obtener información sobre mí/mi hijo(a) \_\_\_\_\_, cuya fecha de nacimiento es \_\_\_\_\_ de:

---

(Nombre de la persona y/u organización/número de teléfono)

Información a ser revelada y/o intercambiada:

_____ Evaluación	_____ Diagnóstico Actual
_____ Resumen de Alta	_____ Plan de Tratamiento Actual
_____ Avances en el Tratamiento	_____ Informe(s) Psiquiátrico/Psicológico(s)
_____ Presencia/Participación en el Tratamiento	_____ Información Educativa/Conductual

OTRA: (especificar) \_\_\_\_\_

**Propósito:** Esta información puede usarse o revelar en relación con el tratamiento de salud mental. Si el propósito es diferente al especificado, por favor especifique:

---

**Revocación:** Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito y fechada a \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_. Además, entiendo que una revocación de la autorización no es efectiva en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en la autorización.

**Vencimiento:** A menos que se revoque antes, esta autorización vence un año después de la fecha de la autorización o 60 días después de la terminación, lo que ocurra primero.

The Bridge Youth and Family Services se compromete a proteger la confidencialidad del cliente. Si el personal determina que un cliente es vulnerable debido a: (1) discapacidad mental, (2) analfabetismo funcional, (3) trauma, (4) el estado de niño sin lazos familiares permanentes u (5) otros factores relevantes, no va a revelar información confidencial que pueda considerarse dañina o para propósito que parezcan cuestionables.

**Condición:** Además, entiendo que The Bridge Youth and Family Services no condicionará mi tratamiento a si doy autorización para la divulgación solicitada. Sin embargo, entiendo que al negar la autorización, es posible que mi hijo(a) o yo no recibamos los servicios más completos y que no logremos los resultados deseados.

**Forma de Divulgación:** A menos que haya solicitado específicamente por escrito que la divulgación se realice en un formato cierto, nos reservamos el derecho de divulgar información según lo permitido por esta autorización de cualquier manera que consideremos apropiada y consistente con la ley aplicable, incluyendo, pero no limitado a verbal y escrito tanto en papel como en formato electrónico.

**Redivulgación:** Eximo de responsabilidad a The Bridge Youth and Family Services y su personal con respecto al uso de información autorizada para liberación. Entendiendo que existe la posibilidad de que el destinatario vuelva a divulgar la información médica protegida conforme a esta autorización y que la información médica protegida ya no estará protegida por las normas de privacidad de HIPPA, a menos que se aplique una ley estatal que sea más estricta que HIPPA y proporciona protecciones de privacidad adicionales.

Se me dará una copia de esta autorización para mis registros.

---

Firma del cliente/de la clienta (12 años de edad o más)/Fecha

---

Firma del padre/madre/guardián(a)/Fecha

---

Firma del Testigo del Personal/Fecha

Marque aquí si el cliente/la clienta se niega a firmar la autorización

Una fotocopia de esta autorización es tan auténtica como la declaración original de autorización.