

**RETIRO DE CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR
INFORMACION**

APELLIDO DEL PACIENTE		PRIMER NOMBRE	INICIAL
NUMERO DEL CASO			
CENTRO		UNIDAD	

INSTRUCCIONES: DARLE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO AL PACIENTE! PREPARAR UNA (1) COPIA PARA EL HISTORIAL DEL PACIENTE.

RETIRO DE CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR

NOMBRE O TITULO DE LA PERSONA U ORGANIZACION A QUIEN SE LE AUTORIZO PARA DIVULGAR INFORMACION:	
NOMBRE O TITULO DE LA PERSONA U ORGANIZACION QUE IBA A DIVULGAR LA INFORMACION:	
FECHA ORIGINAL DE LA AUTORIZACION	

Yo, que abajo subscribo, retiro mi autorizacion para divulgar informacion al individuo o organizacion nombrado arriba, excepto hasta el punto que accion ya se haya tomado de acuerdo a la autorizacion.

Yo comprendo que generalmente el programa no pone como condicion de mi tratamiento que yo firme este consentimiento, pero que en ciertas circunstancias limitadas tratamiento se me puede negar si yo no firmo o retiro este consentimiento. Yo tambien reconozco que pueden haber consecuencias si yo retiro un consentimiento para divulgar informacion a una autoridad legal que requiere tal consentimiento como una condicion de descarga, parole o probacion. Yo he recibido una copia de este formulario como es reconocido por mi firma abajo.

(Firma del Paciente)

(Firma del Pariente/Guardian, cuando sea requerido)

(Nombre del Paciente en letra de Molde)

(Nombre del ParienteGuardian, en letra de Molde)

(Fecha)

(Fecha)