

**CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACION DE
 INFORMACION QUE SE REFIERE A LA PRESENCIA
 DEL PACIENTE EN EL CENTRO Y INFORMACION
 GENERAL ACERCA DE SU CONDICION MEDICA**

APELLIDO DEL CLIENTE	PRIMER NOMBRE	INICIAL
NUMERO DE CASO:		
CENTRO		

INSTRUCCIONES: UNA COPIA DEL FORMULARIO PARA EL PACIENTE. Preparar un (1) copia para el historial del paciente.

Yo, el/la que suscribe, autorizo al personal de este centro que divulguen mi presencia o ausencia en este centro y que le proevan informacion general sobre mi condicion medica aquellas personas nombradas abajo quienes estan personalmente interesados en mis paraderos y progreso. Yo estoy de acuerdo que le pueden informar al pariente mas cercano, nombrado abajo, en caso de una herida, enfermedad u otra emergencia.

Nombre del Pariente mas Cercano	Telefono
Direccion	

NOMBRE(S) DE PERSONAS INTERESADAS	RELACION AL PACIENTE

Yo comprendo que este consentimiento puede ser retirado por mi, en escrito, excepto, hasta el punto de informacion autorizada que ya haya sido divulgada basada en este consentimiento. En todo caso, este consentimiento se vencera un (1) mes despues de mi descarga de este centro . Yo tambien comprendo que cualquiera divulgacion hecha en mi nombre por este centro esta limitada por el Titulo 42 delCodigo de Regulaciones Federales que gobiernan la confidencialidad de archivos de alcohol y abuso de drogas, al igual que el codigo de la Portabilidad del Seguro de Salud y Contabilidad del 1996 ("HIPAA").

 (Firma del Paciente)

 (Firma del Pariente/Guardian, cuando sea requerido)

 (Nombre del Paciente en letras de Molde)

 (Nombre del Pariente/Guardian en letras de Molde)

 (Fecha)

 (Fecha)