

# Mind At Peace

## *Mental Wellness Counseling*

### Autorización para la divulgación de información médica protegida

#### Información del cliente

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

#### Liberar información a / Obtener información de

Nombre, apellido: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Agencia / institución: (si se aplica) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

#### Información para divulgar – verbalmente o por escrito

Hallazgos psicológicos

Evaluaciones psiquiátricas

Planes de tratamiento

Medicamentos

Progreso del tratamiento

Resultados del tratamiento

Plan de alta

Información que no debe divulgarse: \_\_\_\_\_

#### Vencimiento

Esta autorización para la divulgación de información del cliente vence el: \_\_\_\_\_

#### Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha