



## Autorización para médico de salud conductual y atención primaria para compartir información confidencial

### CONSENTIMIENTO DEL MIEMBRO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, \_\_\_\_\_ (Nombre del miembro) otorgo mi permiso a \_\_\_\_\_  
(Proveedor de salud conductual) y mi Médico de atención primaria \_\_\_\_\_ (Médico de atención primaria) para compartir información acerca de mi diagnóstico o tratamiento relacionado con el abuso de sustancias, salud mental o historia clínica; SIN incluir los resultados de un análisis de sangre en busca de anticuerpos al virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Comprendo que la finalidad de compartir información es ayudarme a recibir mejor atención.

*Este formulario de consentimiento tiene una validez de 90 días a partir de la fecha en que se firma y puedo optar por cancelarlo en cualquier momento.*

Miembro/Tutor/Representante autorizado \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### RECHAZO DEL MIEMBRO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, \_\_\_\_\_ (Nombre del miembro) NO otorgo mi permiso a \_\_\_\_\_  
(Proveedor de salud conductual) y mi Médico de atención primaria \_\_\_\_\_ (Médico de atención primaria) para compartir información acerca de mi diagnóstico o tratamiento relacionado con el abuso de sustancias, salud mental o historia clínica; incluidos los resultados de un análisis de sangre en busca de anticuerpos al virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Comprendo que la finalidad de compartir información es ayudarme a recibir mejor atención. Comprendo también que mi rechazo a compartir información no afecta mi cobertura de seguro.

Miembro/Tutor/Representante autorizado \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Este formulario de consentimiento tiene una validez de 90 días a partir de la fecha en que se firma y puedo optar por cancelarlo en cualquier momento.*