

## Autorizaciones para divulgar información

Por favor, revise la lista de individuos a continuación que le gustaría que estuvieran involucrados en su tratamiento en el Centro de Cuidado de Salud Mental y Comportamiento Valeo. Para cada persona involucrada, por favor indique si le gustaría autorizar comunicación verbal entre Valeo y este individuo, solicitar información por escrita de Valeo para este individuo o solicitar que Valeo obtenga información por escrito de este individuo. La autorización para divulgar información puede ser revocada en cualquier momento y es válida por 2 años al menos que se especifique de otra manera.

### Médico Primario

Nombre de proveedor o práctica: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tipo de autorización (marque todos los que apliquen):  Verbal  Divulgación escrita  Obtener por escrito

### Contacto en Crisis de Salud Mental – Alguien a quien usted le gustaría que llamáramos en el evento de una crisis de salud mental.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tipo de autorización (marque todos los que apliquen):  Verbal  Divulgación escrita  Obtener por escrito

### Proveedor de Salud Mental

Nombre de proveedor o práctica: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tipo de autorización (marque todos los que apliquen):  Verbal  Divulgación escrita  Obtener por escrito

### Tratamiento para uso de sustancias

Nombre de proveedor o práctica: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tipo de autorización (marque todos los que apliquen):  Verbal  Divulgación escrita  Obtener por escrito

### Libertad Condicional/Supervisor de libertad condicional

Nombre de proveedor o práctica: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tipo de autorización (marque todos los que apliquen):  Verbal  Divulgación escrita  Obtener por escrito

### Familia

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tipo de autorización (marque todos los que apliquen):  Verbal  Divulgación escrita  Obtener por escrito

### Amistades

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tipo de autorización (marque todos los que apliquen):  Verbal  Divulgación escrita  Obtener por escrito

### Misceláneo/Otros

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tipo de autorización (marque todos los que apliquen):  Verbal  Divulgación escrita  Obtener por escrito