



Autorización para Divulgar Información

Interactive Psychiatry

****Proveedor:**** Taimaris Mas Marante, PMHNP-BC

Yo, el abajo firmante, autorizo a Interactive Psychiatry y a Taimaris Mas Marante, PMHNP-BC, a divulgar u obtener la siguiente información de salud protegida:

- ☐ Evaluación psiquiátrica y diagnóstico
- ☐ Notas de progreso y resumen del tratamiento
- ☐ Historial de medicamentos y recetas actuales
- ☐ Resultados de laboratorio
- ☐ Otro (especifique): _____

Esta información puede ser divulgada a u obtenida de:

Nombre/Instalación: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Relación con el paciente: _____

Propósito de la divulgación:

- ☐ Continuidad del cuidado
- ☐ Propósitos legales
- ☐ Coordinación con otros proveedores
- ☐ Otro: _____

Entiendo que:

- Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.
- La revocación no se aplicará a la información ya divulgada.
- Puedo negarme a firmar este formulario y esto no afectará mi tratamiento.
- La información divulgada puede ser divulgada nuevamente y puede no estar protegida por HIPAA.

Esta autorización expirará:

- ☐ En 1 año ☐ En esta fecha: _____ ☐ Otro: _____

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo esta autorización.

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo/Proveedor: _____ Fecha: _____