



Autorización para Compartir Información entre Proveedores

Para brindar mejor servicios integrados y colaborativos en ***Collaborative Counseling***, nuestros proveedores pueden compartir información de salud protegida entre sí. Puede aceptar o no esta autorización.

Elige solo uno:

Estoy de acuerdo: _____ (*Escriba sus iniciales*)

No estoy de acuerdo: _____ (*Escriba sus iniciales*)

Usted reconoce que tiene derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento en la medida en que el terapeuta abajo firmante no haya tomado medidas basándose en esta autorización. Además, reconoce que incluso si revoca esta autorización, el uso y la divulgación de su información médica protegida aún podrían estar permitidos por ley, como se indica en la Copia del Aviso de prácticas de privacidad del terapeuta abajo firmante que Usted recibió y revisó.

Usted reconoce que el terapeuta abajo firmante le ha informado sobre la posibilidad de que los destinatarios autorizados vuelvan a divulgar su información de salud protegida y que es posible que no esté protegida contra divulgaciones no autorizadas como lo exige la Regla de Privacidad federal.

Además, reconoce que el tratamiento que le brindó el terapeuta abajo firmante no estuvo condicionado a que usted proporcionara esta autorización.

Firma del cliente (o padre/tutor si es menor de 18 años)



Authorization to Share Information Between Providers

In order to better provide integrated and collaborative services at Collaborative Counseling, our providers may share protected health information with each other. You can agree or not agree to this authorization.

Pick only one:

I Agree: _____ (initial)

I do not Agree: _____ (initial)

You acknowledge that you have the right to revoke this authorization in writing at any time to the extent the undersigned therapist has not taken action in reliance on this authorization. You further acknowledge that even if you revoke this authorization, the use and disclosure of your protected health information could possibly still be permitted by law as indicated in the copy of the Notice of Privacy Practices of the undersigned therapist that you have received and reviewed.

You acknowledge that you have been advised by the undersigned therapist of the potential of the redisclosure of your protected health information by the authorized recipients and that it may not be protected from unauthorized disclosures as required by the federal Privacy Rule.

You further acknowledge that the treatment provided to you by the undersigned therapist was not conditioned on you providing this authorization.

Signature of client (or parent/guardian if under age 18)