

**Autorización de Divulgación, Comprobante de Información y/o Archivos**  
**(Información Confidencial del Paciente – Código del Bienestar e Instituciones, la sección 5328)**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

El Departamento de Servicios Sociales Públicos ha hecho arreglos y está aportando fondos para los servicios de tratamiento para usted, como parte de un plan de servicio a través del Tribunal Juvenil. Como parte de este proceso, es necesario compartir información entre su clínico médico / prestador de servicios, El Departamento de Salud Mental del Condado de Riverside y el Departamento de Servicios Sociales. La siguiente autorización para divulgar información permite que este intercambio de información tome lugar. Si no desea firmar este acuerdo, de cualquier manera puede recibir servicios confidenciales a través de sus propios recursos. Si lo desea, puede tratar los recursos de tratamiento potenciales con su clínico médico y, si quiere, con el trabajador social del Departamento de Servicios Sociales Públicos.

Yo, el infrascrito, por la presente autorizo lo siguiente para que se divulgue e intercambie mi información.

Prestador de servicios: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

El Equipo de Consultas y evaluaciones del Departamento de Salud Mental del Condado de Riverside  
 Departamento de Servicios Sociales Públicos del Condado de Riverside

La información puede divulgarse a sabiendas de que dicho contacto divulga el hecho de que se han o están prestados servicios relacionados a la salud mental y/o la dependencia química.

Esta divulgación puede incluir cualquiera de lo siguiente:

Evaluación y diagnóstico

Plan de tratamiento del cliente y el resumen de alta

Pruebas psicológicas

Pruebas médicas, neurológicas, de laboratorio y medicamentos

Informes de progreso

Este consentimiento toma vigencia \_\_\_\_\_. Este consentimiento puede ser revocado por el infrascrito en cualquier momento dado, salvo si la información ya se divulgó. Si no se ha revocado, la autorización caduca un año de la fecha que se dio la autorización. A su petición, usted tiene el derecho de que se le provee una copia de esta autorización.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Cliente: \_\_\_\_\_

El consentimiento se revoca: \_\_\_\_\_ Firma del Cliente: \_\_\_\_\_

Me rehúso a dar mi autorización.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Cliente: \_\_\_\_\_