

**Jennifer Schrappe, MA, LPCC**  
**1389 E. Cooke Rd ~ Columbus, OH 43224 ~ 614.805.7430**

**Autorización para revelar o solicitar información**

Este formulario, cuando usted lo complete y lo firme, me autoriza para revelar o solicitar información confidencial concerniente a sus archivos clínicos de o a la persona que usted designe.

Yo autorizo a **Jennifer Schrappe** para revelar \_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_  
Nombre, domicilio, número telefónico de individuo o Facilidad/Organización a quien se revelará la información

Yo autorizo a \_\_\_\_\_  
Nombre, domicilio, número telefónico o Facilidad/Organización  
para revelar \_\_\_\_\_

A: **Jennifer Schrappe**

Estoy solicitando se revele esta información por las siguientes razones: (“de acuerdo con la solicitud del individuo” es todo lo que se requiere si usted no desea exponer la razón específica.)

También autorizo a que se revele información referente a: (firme con sus iniciales en donde aplique)

Evaluación/Tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas \_\_\_\_\_

Servicios de salud mental y del comportamiento/Cuidados psiquiátricos \_\_\_\_\_

HIV/SIDA \_\_\_\_\_

Fechas de servicio: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Esta autorización será vigente por \_\_\_\_\_ días.

Usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento al enviar una notificación por escrito al domicilio de la oficina. Sin embargo, su revocación no será totalmente eficaz al grado de que he tomado acción dependiendo en la autorización o si esta autorización se obtuvo como una condición de obtener cobertura de seguro y el asegurador tiene el derecho legal de disputar un reclamo.

Entiendo que mi terapeuta generalmente no condicionará los servicios al yo firmar una autorización a menos que los servicios me sean provistos con el propósito de crear información de salud para una tercera parte.

Entiendo que la información usada o revelada en conformidad con la autorización puede ser sujeta a ser revelada de nuevo por el recipiente de su información y ya no es protegida por la Regla de Privacidad de HIPAA.

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Padres o Guardián si cliente es menor de 18 años

\_\_\_\_\_  
Fecha

PROHIBICIÓN DE NUEVA REVELACIÓN: el reglamento o reglamentación federal (la 42 Parte 2 CFR) y leyes Estatales (NMSA 1978 43-1-19, 32A-6A-24, 24-2B-7, y 24-1-9.5) prohíbe la revelación adicional de salud mental o alcohol y/o información de tratamiento de consumo de drogas, y los resultados de pruebas para el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual a cualquier persona o agencia sin asegurar la autorización escrita apropiada para ese propósito, o como por otra parte permitido por el regulaciones Federal o leyes Estatales . 01/06/11