

Ben Novell, MS, LMFT, LPCC
Marriage and Family Therapist
State License MFC25733



Janelle K. Novell, MA, LMFT, RPT-S
Marriage and Family Therapist
State License MFC32101

Autorización para la Divulgación/Intercambio de Información

Al firmar este documento yo, _____ autorizo a _____
Paciente Terapeuta

a revelar información acerca del tratamiento de salud mental y registros obtenidos en el curso del tratamiento del proveedor al paciente, incluyendo, pero no limitado a, el diagnóstico del proveedor del paciente, que se publicará a:

Nombre: _____ Titulo: _____

Dirección: _____

Numero de Telefono: _____ Numero de Fax: _____

Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización. Entiendo que cualquier cancelación o modificación de esta autorización debe ser por escrito. Entiendo que una copia o fax de este consentimiento es a ser considerado el mismo que el original. Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento a menos que el Proveedor ha tomado acciones de seguridad sobre ella. También entiendo que para ser efectiva dicha revocación debe ser por escrito y recibido por el Proveedor en:

**29748 Rancho California Road
Temecula, CA. 92591**

Esta revelación de información y registros autorizados por paciente es para el siguiente propósito:

Esta revelación debe ser limitada a los siguientes tipos de información: *(Por favor marque todas las que apliquen)*

- | | |
|--|-----------------------|
| Observación Académico del comportamiento | Diagnostico |
| Resultados de prueba psicológica | Record de Tratamiento |
| Evaluación psiquiátrica / Recetas | Historia Social |
| Información médica | Resumen de alta |
| Servicios Sociales registro | Todo el Record |
| Otra Información: _____ | |

El paciente entiende que la información usada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no puede ser protegido por el Estado Federal de Privacidad, a pesar de la legislación aplicable de California puede proteger dicha información.

Este consentimiento tendrá vigencia a partir de _____. A menos que sea revocada por el paciente por escrito, esta autorización permanecerá en efecto hasta: _____, dos años, la terminación del tratamiento, un año después de la terminación del tratamiento.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha