



RACHAEL E. STRACKA, L.C.S.W.
127 EAST THIRD AVE., STE 201
ESCONDIDO, CA 92025
T: 760/489-1092 F: 760/738-8128

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y OBTENER INFORMACIÓN

Yo, **(nombre del paciente)** _____, (de aquí en adelante "paciente") autorizo por este medio a **Rachael Stracka, LCSW**, (de aquí en adelante "proveedor") a divulgar o obtener la información de tratamiento de salud mental y los expedientes obtenidos en el curso del tratamiento psicoterapéutico del paciente, incluyendo, pero no limitado a, el diagnóstico del paciente, a/de:

(Nombre, Dirección, Teléfono, Fax)

Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que cualquier cancelación o modificación de esta autorización debe ser por escrito. Yo entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento a menos que el proveedor de servicios ya haya tomado acción utilizándola.. También entiendo que tal revocación debe ser hecha por escrito y recibida por **Rachael Stracka, L.C.S.W., 127 East Third Avenue, Suite 201, Escondido, CA 92025** para ser válida.

Esta divulgación de la información y de los expedientes autorizada por el paciente se requieren para el **propósito** siguiente: _____

Los **usos** específicos y las **limitaciones** de los tipos de información médica que se discutirán son los siguientes (sea tan específico como usted elija):

Tales divulgaciones serán limitadas a los siguientes tipos específicos de información:

El proveedor no pondrá como condición para el tratamiento del paciente que firme esta autorización y el paciente tiene derecho a rechazar el firmar este documento.

El paciente entiende que la información usada o divulgada conforme a esta autorización puede ser sujeta a re-divulgación por el recipiente y puede que ya no esté protegida por la Regla de Privacidad de HIPAA, aunque las leyes aplicables de California pueden proteger tal información.

Esta autorización seguirá siendo **válida hasta**: (Un año de la fecha)

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____ **Firma:** _____

O representante legal: _____ **Fecha:** _____ **Firma:** _____