



Estimado(a):

Complete el formulario de divulgación de información adjunto y coloque su firma, la fecha y la hora al final.

Autorización para divulgar información:

Sección 1: complete con la información del paciente, incluidos los nombres anteriores.

Sección 2: marque la casilla de verificación para indicar de cuál de las instalaciones de Rogers desea que se divulguen los expedientes.

Sección 3: marque la casilla de verificación correspondiente para indicar si desea que la información se divulgue a Rogers o se obtenga de Rogers. Complete con la instalación o el proveedor con el que desea que nos comuniquemos o que le entreguemos los expedientes. Si hay varias instalaciones o más de un proveedor a los que desea que se les entreguen los expedientes, complete un formulario de autorización para cada contacto.

Sección 4: marque las casillas de verificación que contienen la información que permite que analicemos o de la que nos permite divulgar copias físicas.

Sección 5: se divulgará la información relacionada con los trastornos por consumo de sustancias (TCS) y otra información sensible detallada en la autorización. Si desea que **NO** se divulgue esta información, marque las casillas de verificación que correspondan.

Sección 6: indique qué método(s) de comunicación o de entrega le resulta(n) aceptable(s) que utilicemos para colaborar con el proveedor de servicios ambulatorios o con otros solicitantes.

Sección 7: marque la casilla de verificación que corresponda según el propósito de la divulgación. En el caso de los proveedores de servicios ambulatorios, los propósitos más frecuentes de la divulgación son “continuación de la atención”, “obtención de información complementaria” y “verificación del cumplimiento del tratamiento”.

Sección 8: puede dejar esta sección en blanco. Si no completa esta sección, la autorización expirará un año después de la fecha de la firma.

Sección 9: es una explicación de sus derechos con respecto a esta autorización.

Sección 10: firme y coloque la fecha y la hora. Si firma como el representante legal del paciente, debajo de su firma, marque las casillas de verificación correspondientes con respecto al estado del paciente y su relación con este.

Comentarios: opcional. Se pueden utilizar para indicar la fecha y la hora de la cita con los proveedores o cualquier solicitud especial con la autorización.