



The Wellness Center RI, LLC
 400 Reservoir Ave.
 Providence, RI 02907
 Phone: (401) 461-9355 Fax: (401) 784-9609

Autorización para la Divulgación de Información

Nombre de Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Autoriza The Wellness Center, LLC para OBTENER de Y SUMINISTRAR a:

Nombre: _____

Dirección: _____

La información que se publicará referente a mi identidad, el pronóstico, el diagnóstico o el tratamiento debería incluir información escrita o verbal relacionada con:

- Resumen de alta
- Notas de Progreso
- Historia Psicosocial
- Evaluación Psiquiátrica
- Pruebas Psicológicas/Informe
- Otras (específicos): _____

Esta información es necesaria para lo(s) siguiente(s)

- Evaluación y Tratamiento
- Otros (ser específicos): _____

El permiso para el intercambio de información continuará durante la duración del tratamiento del cliente o de la fecha especificada o hasta que este en tratamiento: _____. Autorización podrá ser revocada en cualquier momento por medio de una declaración escrita y firmada.

Entiendo que los registros de The Wellness Center RI, están protegidos por las Leyes Generales de RI y no puede ser divulgada sin mi consentimiento por escrito en los casos expresamente previstos por la ley. Si mis registros implican alcohol o el tratamiento de del abuse de drogas también pueden ser protegidos bajo la Regulación Federal 42 CFR, Confidencialidad de Alcohol y Drogas de Abuso.

Libero The Wellness Center RI, y sus empleados de cualquier responsabilidad derivada de la divulgación de esta información a tales personas/ agencias, a condición de que dicha liberación de la información se realiza sustancialmente de acuerdo con la ley aplicable

He leído y entendido las declaraciones anteriores y no consentir en este documento voluntariamente a la revelación de la información anterior a aquellas personas/ agencias mencionadas en el encabezamiento.

También doy mi consentimiento a la liberación de mi expediente o cualquier otra información, mediante el uso de una máquina de fax, en el entendimiento de que The Wellness Center RI, no puede garantizar exclusivamente la transmisión confidencial de los registros a través de fax: SI NO

 Firma de Cliente/ Guardián legal

 Fecha

 Firma de Testigo

 Fecha