



Association of Behavior Consultants, Inc.

Clinical Field Office
236 Georgia St., Ste. 102
Vallejo, CA 94590

Mailing Address
P.O. Box 4203
Vallejo, CA 94590

Phone & Fax
T: (888)544-5553
F: (707) 773-5575

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Sección A.

Nombre Del Cliente _____	Fecha De Nacimiento ____/____/____
Nombre De La Persona Que Autoriza La Revelación De Información _____	
Relación Con El Cliente _____	Teléfono ____-____-____
Dirección _____	Ciudad _____ Código Postal _____

Sección B.

Esta autorización es para la revelación bidireccional de información del paciente entre las siguientes agencias:

Association of Behavior Consultants, Inc.
Partnership Health Plan

Sección C.

La siguiente información puede ser divulgada entre las dos agencias nombradas arriba si no ha sido indicada en Sección D.

Registro de Admisión	Historia Social & Reportes Psico-Social	Resultados de Exámenes Estandarizados
Consulta o Reporte Diagnostico	Evaluaciones Psico-Educacional	Información de Finanzas/ de Fracturación
Reporte de Evaluación/Progreso/Descarga		
Información Anecdótica en la Forma de Conversaciones Telefónicas.		
Especifique otra información: _____		

Sección D.

Utilice este campo para indicar si alguna información notada arriba **NO** quiere que sea divulgada.

Con mi firma:

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento pero información publicada antes de la revocación no se verá afectada.

Entiendo que una copia de este comunicado servirá con la misma eficacia que la original.

Entiendo que, a mi petición y dentro de 30 días, tengo derecho a recibir una copia de la información médica personal (PHI) del cliente indicado en este formulario.

Esta revelación de información está autorizada efectiva: ____/____/____ y expirará después de un año al menos que se indique aquí: ____/____/____.

Nombre De La Persona Que Autoriza La Revelación De Información _____

Firma _____ Fecha ____/____/____