



**Autorización para que el médico de atención primaria y de salud mental comparta información confidencial**

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA PUBLICAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Yo, \_\_\_\_\_ (Nombre del Paciente) doy permiso a \_\_\_\_\_ (Proveedor de Salud del Comportamiento) y a mi Médico de Atención Primaria. \_\_\_\_\_ (Médico de Atención Primaria) para compartir información sobre mi diagnóstico y / o tratamiento relacionado con abuso de sustancias, salud mental o historial médico. Incluyendo los resultados de un análisis de sangre para anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Entiendo que el propósito de compartir información es ayudarme a recibir un mejor cuidado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**MIEMBRO QUE SE NIEGA A DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Yo, \_\_\_\_\_ (Nombre del Paciente) NO doy permiso a \_\_\_\_\_ (Proveedor de Salud del Comportamiento) y a mi Médico de Atención Primaria. \_\_\_\_\_ (Médico de Atención Primaria) para compartir información sobre mi diagnóstico y / o tratamiento relacionado con abuso de sustancias, salud mental o historial médico, Incluyendo los resultados de un análisis de sangre para anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Entiendo que el propósito de compartir información es ayudarme a recibir un mejor cuidado. También entiendo que mi negativa a compartir información no afecta mi cobertura de seguro.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

Este consentimiento entra en vigor en la fecha de la firma y puedo optar por cancelarlo en cualquier momento.