



✉ info@mailppa.com

🌐 www.SouthFloridaTherapists.com

📞 (305) 936-1002 📠 (305) 936-1022

📍 South Florida & New York Tri-State Area

📍 Telepsychology Across PSYPACT States

AUTORIZACION PARA COMPARTIR INFORMACION MEDICA O SICOLOGICA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Yo, el/la suscrita, autorizo a Pediatric Psychology Associates a enviar o recibir informacion sobre el/la paciente nombrado arriba. Doy autorizacion para compartir o enviar informacion en el historial medico mio o de mi familiar, a las agencias o individuales nombradas en la lista de abajo. Autorizo a compartir la informacion privada verbalmente, por escrito, y/o electronicamente. Entiendo que el proposito de compartir esta informacion puede incluir: tratamiento, informacion clinica, consulta, proteccion a mi o otras personas, coordinacion de intervenciones, educacional, facturacion o colleccion por servicios.

Marque las opciones que aplican:

Autorizo a PPA para que: comparta informacion y recibir informacion de:

Nombre/Agencia	Informacion de contacto (direccion, numero de telefono o fax, correo electronic, etc.)

Autorizo a PPA para que: (Marque una opcion)

Comparta cualquier o toda informacion medica

Compartir informacion especifica como indicada aqui: _____

Esta autorizacion se expira: (Marque las opciones que aplican)

Fecha: ____/____/____ Fin de tratamiento No tiene fecha de expiracion

Al firmar esta forma estoy en conocimiento de lo explicado en ella y tengo el derecho de revocar la autorizacion en cualquier momento. Tambien entiendo que la informacion compartida, basada en la autorizacion, puede ser compartida por esa agencia y/o individual, y no sera protegida por regulaciones federales de privacidad de informacion.

Firma del Paciente o

Persona Autorizada: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre completo: _____

