

Commonwealth of Massachusetts  
 Department of Mental Health  
**Autorización para la Divulgación de Información  
Bilateral**

<b>1. Paciente/Información del Solicitante</b>	
Nombre: _____	Otros Nombres: _____
Calle: _____	APTO. #: _____
Ciudad/Pueblo: _____	Estado: _____ Código Postal: _____
# de Seguro Social: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Teléfono: _____	

<b>2. Autorización para la Divulgación:</b> Autorizo al Departamento de Salud Mental (DMH, por sus siglas en inglés) a recibir y divulgar información, ya sea verbalmente o por escrito incluyendo comunicaciones confidenciales de o a la Persona, Agencia o Institución nombrada a continuación.	
Persona, Agencia o Institución (p.ej., nombre y dirección del hospital, proveedor para paciente ambulatorio, programa residencial, otro) Nombre: _____ Atención: _____ Calle: _____ Ciudad/Pueblo: _____ Estado/Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____	Información de Contacto para el Departamento de Salud Mental: Nombre: _____ Calle: _____ Ciudad/Pueblo: _____ Estado/Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

<b>3. Marque para indicar la información que desea compartir (<i>Marque todas las que apliquen</i>)</b>		
<input type="checkbox"/> Diagnóstico y tratamiento de Salud Mental brindado por un Psiquiatra; Psicólogo; Especialista en Enfermería Clínica de Salud Mental; Consejería por parte de un Trabajador Social Certificado; todos los demás Proveedores de Salud Mental Certificados.		
<input type="checkbox"/> Expediente de Salud Mental completo, <i>excluyendo las Notas de Psicoterapia que requieren autorización por separado</i>		
<input type="checkbox"/> Registro Completo (Medico y de Salud Mental)	<input type="checkbox"/> Planes de Servicios Individuales (ISPs) y Planes de Acción Individuales (IAPs)	<input type="checkbox"/> Planes de Tratamiento
<input type="checkbox"/> Resumen de Alta	<input type="checkbox"/> Examen Neuropsicológico	<input type="checkbox"/> Resumen de Transferencia
<input type="checkbox"/> Documentación para la Admisión	<input type="checkbox"/> Examen Físico	<input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio

Otro (por favor especifique) / información adicional: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>4. Fechas de la información que desea compartir: (Especifique las fechas)</b>
Fechas de la Información Solicitada: Desde: _____ Hasta: _____

