

**Forma G**

**CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE LA SALUD**

Apellido Del Joven	Nombre del Joven	Fecha de Nacimiento
Agencia que Divulga la Información	Dirección de la Agencia	

Yo autorizo a la agencia en referencia a divulgar la información acerca de mi tratamiento a:

George Junior Republic in Pennsylvania  
233 George Junior Road  
P.O. Box 1058  
Grove City, PA 16127

La información requerida incluye lo siguiente:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Presencia en el tratamiento, incluyendo fecha de admisión y dada de alta | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento              |
| <input type="checkbox"/> Diagnostico, descripción general de progreso y prognosis                 | <input type="checkbox"/> Evaluación Bio-psicosocial       |
| <input type="checkbox"/> Historia medica y física   | <input type="checkbox"/> Resumen de dada de alta          |
| <input type="checkbox"/> Reportes psiquiátricos/Psicológicos                                      | <input type="checkbox"/> Continuación del plan de cuidado |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____   |   |

La información requerida es necesaria con el siguiente propósito:

- Para proveer el tratamiento en marcha / Continuación del cuidado
- Para autorizar jueces, abogados, y oficiales de probatoria / libertad condicional, para apoyar las metas del tratamiento y tomar decisiones legales en mi nombre
- Otros: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que George Junior Republic en Pennsylvania debe cumplir con muchos estatutos y regulaciones relacionados con la confidencialidad de archivos y la información anterior no puede ser divulgada sin un permiso por escrito de mi parte a menos que sea provisto de otra manera por regulaciones. Yo también entiendo que no necesito un consentimiento para divulgar información con el propósito de recibir servicios de tratamiento. Yo escogí hacer esto voluntariamente para el propósito especificado anteriormente. Este consentimiento se hace efectivo en la fecha de mi firma y expira automáticamente en un año a partir de esa fecha a menos que yo especifique una fecha, evento o condición para que expire más pronto. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento con la excepción de que se haya tomado una acción confiando en este. **(Especifique la fecha, evento o condición en la cual este consentimiento caducara más pronto)**

**AVISO A LOS RECEPTORES DE LA INFORMACIÓN:** Esta información se le ha revelado a usted de archivos confidenciales que están protegidos por estatutos Federales y Estatales. Las regulaciones limitan su derecho de hacer divulgaciones adicionales de esta información sin un previo consentimiento por escrito de la persona a quien corresponde.

Se me ofreció una copia de este documento y yo  acepte  decline (Iniciales) \_\_\_\_\_

<b>Nombre del Joven</b>	<b>Firma del Joven</b>	<b>Fecha</b>

<b>Nombre del Padre/Guardián</b>	<b>Firma del Padre/Guardián</b>	<b>Fecha</b>