



**Austin Travis County MHMR Center**  
**P.O. Box 3548**  
**Austin, Texas 78764-3548**  
**(512) 447-4141, FAX (512) 445-7726**

### **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR NOTAS PSICOTERAPÉUTICAS**

Usted tiene el derecho de rehusarse a firmar esta autorización. Ni el tratamiento, el pago, ni la elegibilidad para beneficios dependerán de su firma de esta autorización. Usted tiene el derecho de inspeccionar o sacar copias de la información acerca de la salud que se va a divulgar. Recibirá una copia de la autorización firmada.

Nombre del cliente : \_\_\_\_\_ Núm. del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Doy mi permiso para que el MHMR de Austin y del condado de Travis divulgue la información confidencial acerca de la salud a:

\_\_\_\_\_  
(Agencia o persona)

Se limita la información divulgada a notas psicoterapéuticas.

Notas psicoterapéuticas fechadas de: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

Propósito/Razón para la divulgación: \_\_\_\_\_

Se puede cancelar por escrito esta autorización en cualquier momento, comunicándose con ATCMHMR, sin embargo esta cancelación no tendrá efecto en cualquier divulgación que se haya hecho antes de recibir el aviso de cancelación. ATCMHMR no puede controlar cómo sea utilizada esta información por la agencia o la persona que, de acuerdo con esta autorización, recibe los datos.

Fecha de vencimiento/Evento que causa el vencimiento: \_\_\_\_\_

Firma del cliente : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Representante personal: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_