

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP, por sus siglas en inglés)

Al completar este formulario, usted está autorizando la divulgación o el uso de información médica que pueda identificarlo, como se describió con anterioridad, conforme a la ley federal y a la ley de California concernientes a la privacidad de esta información. Debe proporcionarse toda la información solicitada (en las líneas "en blanco") para que esta autorización sea válida.

Yo, _____ Fecha de nacimiento: _____ autorizo por la presente a Empathia Pacific, Inc. y/o su compañía matriz, Empathia, Inc. (en cualquier caso, el "EAP") a divulgar toda y cualquier información de mi registro del caso del EAP, incluida información sobre rendimiento laboral, diagnóstico, plan de tratamiento y servicios recibidos a _____ (proveedor del tratamiento). También autorizo a _____ (proveedor del tratamiento) a divulgar toda y cualquier información de mi evaluación y tratamiento al EAP. Esta divulgación o intercambio de información se realiza con el propósito de _____.

Esta autorización entra en vigencia el día de la fecha de mi firma que aparece a continuación y tiene validez por un año. Un fax o fotocopia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

Tenga en cuenta que: Si usted ha autorizado la divulgación de la información sobre su salud mental a alguien que no tenga la obligación legal de guardar su confidencialidad, es posible que la información pueda volver a divulgarse o que ya no esté protegida. La ley de California prohíbe a quienes reciben información médica volver a divulgar esa información, excepto con su autorización escrita o según lo permita o requiera específicamente la ley.

Sus derechos:

- Usted puede negarse a firmar esta autorización.
- Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento firmando la parte correspondiente que aparece a continuación: Usted también puede revocar esta autorización enviando su revocación por escrito al EAP, At. Sr. Director Clínico a la siguiente dirección: 5234 Chesebro Rd., Suite 201, Agoura Hills, CA 91301. Su revocación entrará en vigencia cuando sea recibida por el EAP. Sin embargo, esta revocación no se extenderá a la información que ya se haya obtenido o divulgado (usada o divulgada) antes de la revocación.
- Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Usted puede inspeccionar u obtener una copia de la información sobre salud mental cuya divulgación o permiso de uso se le está solicitando, dentro de los límites de la ley federal y de la ley de California.
- Su decisión de dar o no esta autorización no afectará al tratamiento, pago, inscripción ni elegibilidad para obtener beneficios.

Por la presente, eximo y libero a Empathia Pacific, Inc., Empathia, Inc., y sus respectivos agentes y representantes de todo y cualquier daño, reclamo y causa de acción que pudiera surgir de la divulgación de esta información o en conexión con ella.

Nombre del cliente (en letra de molde)

Fecha

Firma del cliente

Solamente para revocar la autorización:

Autorización revocada: _____ (fecha)

Firma del cliente