

**Old Mill Center for Children and Families**  
1650 SW 45th Place  
Corvallis OR 97333-1768  
PH: (541) 757-8068 Fax: (541) 758-1030  
www.oldmillcenter.org



---

## Revelación de Información del Médico

---

**Nombre:**

**Fecha de Nacimiento:**

**Información para ser utilizada o divulgada**

La información que se obtendrá bajo esta autorización incluye:

Notas de servicio individuales, Planes de Evaluación, Planes de servicio y apoyo individual, Medicamentos, Formulaciones.

**Propósitos de Divulgación**

La información mencionada anteriormente será compartida con los siguientes objetivos:

Servicios de Salud Mental y de Coordinación

**Médico Autorizado Autorizado Para Usar o Divulgar Información**

La información mencionada anteriormente será utilizada o revelada por:

---

Nombre del Doctor(a)

---

Dirección / Teléfono / Fax

**Terapeuta u Organización a Quien se le Puede Divulgar Información**

La información descrita anteriormente puede ser revelada a:

Old Mill Center for Children and Families

Nombre de la persona / organización

Dirección: 1650 SW 45<sup>th</sup> Pl., Corvallis, OR 97333      Teléfono: (541)757-8068      Fax: (541)758-1030

**Vencimiento de la Autorización**

Esta autorización es efectiva por un año a partir de la fecha firmada (a menos que sea revocada o terminada por el paciente o el tutor legal).

**Derecho a Concluir o Revocar la Autorización**

Puede revocar o cancelar esta autorización enviando una revocación por escrito a Old Mill Center.

**Potencial de Re-divulgación**

La información que se divulga bajo esta autorización puede volver a divulgarse. La privacidad de esta información puede no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

**Derechos del Individuo**

Puede inspeccionar o solicitar una copia (por escrito) de la información que se usa o divulga bajo esta autorización. Puede negarse a firmar esta autorización. La negativa a firmar esta autorización no afectará los servicios que se entregarán.

---

**Persona Responsable (en letra de imprenta):**

**Relación Hacia el/la Cliente**

---

**Firma de la Persona Responsable**

**Fecha**

(Se requiere si la persona atendida es menor de edad o un adulto que no puede firmar este formulario)