

FIRMANDO ESTE FORMULARIO, ENTIENDO QUE:

- **La información sobre los servicios de salud mental y conductual, los tratamientos para los trastornos por consumo de sustancias y las enfermedades transmisibles, como las enfermedades de transmisión sexual y el virus de inmunodeficiencia humana (infección por VIH, síndrome de inmunodeficiencia adquirida o complejo relacionado con el SIDA) se pueden compartir si pongo mis iniciales aquí o si menciono este tipo de información arriba _____.**
- Si autorizo la revelación de información sobre el tratamiento de un trastorno por consumo de sustancias, la persona que la reciba no puede volver a revelar esta información sin mi permiso, a menos que lo permita la ley federal o estatal.
- La persona u organización que identifiqué arriba puede volver a revelar otros tipos de información compartida según esta autorización y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.
- Puedo cambiar de opinión y revocar (retirar) esta autorización en cualquier momento. Para revocar esta autorización, escriba a USHL e incluya una copia del frente de este formulario.
- La información que ya se compartió basándose en esta autorización no se puede recuperar.
- Puedo pedir una copia de esta autorización firmada. Si no he revocado antes esta autorización, vencerá el: (indique una fecha, evento o condición)

Fecha, evento o condición (fecha en la que quiere que venza esta autorización): _____ / _____ / _____
MM DD AAAA

Firma del miembro/representante: _____

Fecha: _____ / _____ / _____
MM DD AAAA

Relación con el representante (si aplica): _____