University of Colorado
Denver | Anschutz Medical Campus

Autorización para divulgar / obtener / intercambiar información confidencial

Yo _____, _____/_____/_____
Nombre del estudiante *Fecha de nacimiento*

Solicito y autorizo:

_____
Nombre o agencia del profesional tratante Número de licencia

_____
Dirección *Ciudad* *Estado* *Código postal*

_____ _____
Teléfono del proveedor *Correo electrónico del proveedor*

Facilitar información a / intercambiar información con:

Oficina de Gestión de Casos de la Universidad de Colorado Denver; teléfono: (303) 315-7307, fax: (877) 556-7704

La siguiente información profesional confidencial, que incluye los historiales y dictámenes personales, psicológicos, psiquiátricos y/o médicos, resultantes de mis contactos con el profesional tratante:

____Fechas de tratamiento y asistencia
____Verificación de la carta de apoyo
____Naturaleza general de la afección médica e impacto en el trabajo a realizarse durante el curso
____Otros: _____

Esta divulgación estará vigente hasta _____. (Nota: Esta divulgación **no** es válida sin fecha de caducidad).

Me consta que no tengo obligación de revelar la información solicitada y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificándolo a la Oficina de Gestión de Casos. Puedo solicitar revisar y copiar la información divulgada. Entiendo y acepto que una reproducción de esta autorización será válida y aceptada con la misma autoridad que el original. Se me ha informado que, si no doy mi consentimiento, la Oficina de Gestión de Casos verá limitada su capacidad para ayudarme.

_____ _____
Firma del estudiante *Fecha*