



**Reinscripción: Autorización para divulgar / obtener / intercambiar información confidencial**

Yo \_\_\_\_\_,  
*Nombre del estudiante*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*Fecha de nacimiento*

**Solicito y autorizo:**

\_\_\_\_\_  
*Nombre y 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

\_\_\_ Recomendación relativa a la capacidad del estudiante para permanecer en el entorno universitario

\_\_\_ Cuestionario de reinscripción

\_\_\_ 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 (por escrito) 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 de que, si no doy mi consentimiento, la Oficina de Gestión de Casos verá limitada su capacidad para ayudarme.

\_\_\_\_\_  
*Firma del estudiante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

### Cuestionario de reinscripción

Instrucciones: Esta sección debe ser completada por el médico tratante o por el proveedor de salud mental autorizado que trata al estudiante. Sírvase responder completamente a cada una de las preguntas siguientes. Envíe por fax el formulario y la declaración debidamente rellenos directamente a la Oficina de Gestión de Casos, número de fax 877-556-7704.

#### Responda a TODAS las preguntas

Nombre completo del estudiante: \_\_\_\_\_

Es usted un: \_\_\_\_\_ Doctor en medicina \_\_\_\_\_ Proveedor de salud mental autorizado

Especialidad: \_\_\_\_\_

Número de licencia: \_\_\_\_\_

¿Ha proporcionado tratamiento al estudiante arriba mencionado? \_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Diagnóstico/condición(es) tratada(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Sigue proporcionándole tratamiento? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si ya no le proporciona tratamiento, ¿se puso fin al tratamiento con su aprobación? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿Cree que el estudiante podrá desenvolverse apropiadamente en la universidad y que debería estar en condiciones de regresar como estudiante? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha más temprana en la que el estudiante debería poder volver a clases? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional tratante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del profesional tratante (letra de imprenta o a máquina)

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección del profesional tratante

**Tenga en cuenta que la Oficina de Gestión de Casos llamará y verificará que este cuestionario ha sido relleno por el profesional tratante arriba indicado. La solicitud de reinscripción del estudiante no será aceptada para su revisión a menos que la autorización de divulgación de información y el cuestionario de reinscripción hayan sido completados y verificados.**

-----  
*Sección que debe rellenar la Oficina de Gestión de Casos*

**Fecha de recepción:** \_\_\_\_\_

**Verificado:** \_\_\_\_\_

**Retención retirada:** \_\_\_\_\_

**Número de licencia del médico confirmado: Sí**