

# Bluffton Okatie Counseling Center

## AUTORIZACIÓN PARA INTERCAMBIAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

**Nombre del cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:**  
\_\_\_\_\_

Autorizo a Bluffton Okatie Counseling Center, LLC a intercambiar información confidencial sobre mi tratamiento o el de mi hijo/a con:

Nombre de la persona o entidad  
\_\_\_\_\_

Relación de persona o entidad  
\_\_\_\_\_

Esta Autorización permite el intercambio de la siguiente información:

**Cualquier y toda la información necesaria**

Diagnóstico

Plan de Tratamiento       Registros del Paciente

Resultados de Pruebas Clínicas

Fechas de Tratamiento       Resumen de Tratamiento

Otro: \_\_\_\_\_

Autorizo el intercambio de la información descrita anteriormente para los siguientes propósitos:

Continuidad del cuidado con proveedores de salud mental y otros

Apoyo Familiar

Otro: \_\_\_\_\_

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que esta autorización seguirá siendo válida por un año a partir de la fecha de la firma a menos que yo cancele o modifique esta autorización por escrito.

---

Bluffton Okatie Counseling Center, LLC • 149 Riverwalk Blvd #11 •  
Ridgeland, SC 29936  
Phone: 843-636-5017 • Fax: 843-278-9198 • Email:  
info@blufftonokatiecc.com

Nombre impreso del cliente o persona legalmente responsable

Relación con el cliente

---

Firma del cliente o persona legalmente responsable

---

Fecha