

A quien corresponda:

Con el fin de ayudarnos a procesar su solicitud n tiempo y forma apropiada necesitaremos la siguiente información sobre la **Autorización para divulgar información de salud** para se complete correctamente.

* Nombre del Individuo
* Fecha de Nacimiento
* Número de seguro social o número de caso
* A quien usted está autorizando
* Marque una de las siguientes acciones: Para divulgar o recibir de
* Marque si usted desea la información
  + Enviado por correo
  + Recoger (si desea recogería por favor asegúrese de añadir un número de teléfono en que se le pueda localizar.)
* Nombre, dirección, cuidad, estado, código postal y número de teléfono a quien la información será enviada.
* Fechas de servicio (si se conocen)
* Revisar toda la información necesaria que le gustaría conocer
* Comprobar el propósito de la solicitud
* Tipo de revelar – papel de copia única
* Firme y ponga la fecha la autorización
* Si usted es LAR (represéntate legal autorizado) firme y ponga la fecha de autorización.

Una vez que haya terminado de llenar la autorización puede enviarla por correo a la siguiente dirección:

The Harris Center for Mental Health and IDD   
Attn: H.I.M. Department   
9401 Southwest Freeway  
Houston, Texas 77074

Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar la Autorización puede llamar al (713) 970-7330. Email: [ROICoordinator@TheHarrisCenter.org](mailto:ROICoordinator@TheHarrisCenter.org) o Facsímile: (713) 970-3817.

Gracias,

|  |
| --- |
|  |