



P E S I

Professional Exam Services Inc.

2233 E. Grauwylar Road, Ste 107
Irving, TX 75061
Ph: (972)659-1235
Fax: (972)223-2626
www.professionalexamservices.com

AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED MENTAL HEALTH INFORMATION

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD MENTAL

Patient Name / Nombre del Paciente: _____ SSN/SS: _____

Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____ Telephone / Teléfono - Email: _____

Address / Dirección: _____

I, _____, authorize **Professional Exam Services, Inc. (PESI)** to obtain privileged information specified below from the organization(s), agency(ies), or individual(s) named in the space below:

Yo, _____, autorizo a **Professional Exam Services, Inc. (PESI)** a obtener información específica privilegiada de las organizaciones, agencias o individuos nombrados en el espacio posterior:

Type of information and amount to be disclosed:

Tipo de información y cantidad de documentos a ser relevados:

- _____ Results of Neuropsychological / Psychological Evaluation(s) and related raw test data /
Resultados de evaluaciones Neuropsicológicas/Psicológicas y/o data bruta de las mismas.
- _____ Treatment Records / Hojas de Tratamientos
- _____ Case History / Historial de Caso
- _____ Medical /Psychiatric Records
- _____ Other /Otro (specify / especificar) _____

Purpose of this disclosure/ Propósito de la divulgación:

1. ***I understand that PESI cannot condition treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits on whether I sign this form or not.***

Entiendo que PESI no pueden condicionar tratamiento, pago, admisión o elegibilidad a beneficios por llenar este documento.

2. ***I certify that this request is made voluntarily, and that the information given above is accurate to the best of my knowledge.***

Certifico que este permiso es voluntario y que la información brindada anteriormente es verdadera a mi mejor entender.

3. ***I understand that I may revoke this authorization at any time in writing by sending a letter to PESI, and that it will expire at the end of any litigation involving me. I understand that revocation will not be effective to the extent that action has already been made in reliance on it.***

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al escribir una carta a PESI y que la misma expirará al final de la litigación. Entiendo que al revocarla no será efectiva con los documentos anteriormente obtenidos o pedidos.

- a. ***THIS AUTHORIZATION OTHERWISE EXPIRES SIX (6) MONTHS FROM THE DATE OF THE PATIENT'S OR REPRESENTATIVE'S SIGNATURE, UNLESS OTHERWISE SPECIFIED HERE:***

DE OTRO MODO ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRARA SEIS (6) MESES DESDE LA FECHA DEL PACIENTE O REPRESENTATE, A MENOS QUE SEA ESPECIFICADO DE OTRA FORMA AQUÍ:

4. ***If I have authorized the disclosure of my health records to someone who is not legally required to keep it private, it may be redisclosed and may no longer be protected.***

Si he autorizado la divulgación de mis registros médicos a alguien que no esté legalmente obligado a mantenerlos privados, es posible que se divulguen nuevamente y que ya no estén protegidos.

5. ***A copy or fax of this authorization will be as valid as the original.***

Una copia o fax de esta autorización será igual de válida que la original.

6. ***I understand that I may inspect or obtain a copy of the information to be disclosed with the exception of raw psychological/neuropsychological test data.***

Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información divulgada con la excepción de datos brutos de evaluaciones neuropsicológicas o psicológicas.

7. ***I understand that PESI providers will provide me a copy of the signed authorization form. I understand if I have questions about disclosure of my health information, I can contact PESI..***

Entiendo que los proveedores de PESI me proveerán una copia de esta autorización si así lo pido. Asimismo, entiendo que si tengo preguntas sobre este permiso puedo contactar a PESI. .

Signature (Patient, Parent, or Guardian) /

Firma (Paciente, Padre o Representante)

Date / Fecha

Relationship /Relación (if other than the patient/sino es el paciente): _____

Witness Signature / Firma del Testigo

Date / Fecha