

PROGRAMA DE AYUDA AL EMPLEADO
Declaración de Entendimiento y Autorización para la Divulgación de Información

Yo, (empleado/a, tutor legal o familiar) _____,
y residente de _____, certifico que he sido orientado/a sobre el Programa de
Ayuda al Empleado de OPTIMIND entiéndase sus normas, procedimientos y beneficios, por lo tanto:

Consiento No consiento

- Asistencia en la coordinación de los servicios
- Recibir servicios solicitados
- Visitas de seguimiento con el/la proveedora de servicios (si aplica)

A su vez, autorizo al Coordinador/a del Programa de Ayuda al Empleado de OPTIMIND, a divulgar información relacionada a los servicios solicitados. Dicha información será utilizada a los efectos de trabajar con mi tratamiento. El/la Coordinador/a del Programa de Ayuda al Empleado de OPTIMIND, tiene la autorización para divulgar/recibir la siguiente información:

- Información Personal: Iniciales:
- Evaluación Inicial: Iniciales:
- Diagnóstico, síntomas: Iniciales:
- Plan de Tratamiento: Iniciales:
- Citas de seguimientos: Iniciales:
- Recomendaciones clínicas: Iniciales:
- Otra:

_____ Iniciales: _____

También entiendo que se me ha explicado a cabalidad que la información a divulgar es estrictamente confidencial: Iniciales: _____

Dicha información será exclusivamente utilizada por las personas arriba indicadas.
Iniciales: _____

Nombre de Persona Referida, Tutor Legal o Familiar

Firma Persona Referida

Fecha