

Autorización para Uso o Divulgación de Anotaciones de Psicoterapia con Información Médica (Authorization for Use or Disclosure of Health Information Psychotherapy Notes)



Nombre del paciente _____ Fecha de Nac. _____ MR# _____ Factura # _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono(s) _____ E-Mail _____

Al completar este documento, se autoriza la divulgación y/o el uso de información médica identificable individualmente, según se explica más abajo, de acuerdo con las leyes federales y de California relativas a la privacidad de dicha información.

El no aportar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

AVISO DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN

- Entiendo que esta autorización es voluntaria.
- Puedo negarme a firmar esta autorización.
- Mi revocación será válida desde su recepción, pero no producirá efectos en la medida en que el solicitante u otros hayan actuado amparándose en esta autorización. Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad ofrece instrucciones en caso de que yo decidiera revocar mi autorización.
- Ni el tratamiento, ni el pago, ni la inscripción ni la elegibilidad para beneficios estarán condicionados por mi concesión o negativa a conceder esta autorización.
- La información divulgada conforme a esta autorización podría volver a ser divulgada por el destinatario, y es posible que ya no tenga la protección de las leyes federales sobre confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, las leyes de California prohíben a las personas que reciban mi información médica volver a divulgarla a menos que obtengan de mí otra autorización para dicha divulgación, o a menos que las leyes permitan o exijan específicamente dicha divulgación.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica que se me está solicitando para ser divulgada.
- Si se marca este recuadro , el solicitante recibirá remuneración por el uso o divulgación de mi información.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación ha de ser por escrito, firmada por mí o en mi nombre, y debe ser entregada a: **Community Memorial Healthcare, Health Information Department, 147 North Brent Street, Ventura, CA 93003**
- Entiendo que tengo derecho a escoger cómo he de recibir mi información de salud.
 - Favor escoja un modo de entrega (escoja una opción)
 1. Correo (a la dirección que aparece más a continuación)
 2. Correo electrónico seguro a (correo electrónico de la destinataria a continuación) _____
 3. Envíe los registros por fax a: Numero de fax (paciente o entidad externa) _____
 4. En persona
 - Favor escoja un formato (escoja una opción)
 1. Papel
 2. CD Memoria USB
 3. Archivo electrónico en formato "pdf"
 - Tenga en cuenta que al utilizar el fax o el correo electrónico seguro, existe cierto nivel de riesgo de que un tercero pueda leer o acceder a la información de salud solicitada mientras se encuentra en tránsito.

Entiendo que tengo derecho a recibir copia de esta autorización. (Cod. Civ. § 56.12)

Por la presente autorizo a Community Memorial Hospital - Ventura Community Memorial Hospital - Ojai
 Community Memorial Health Centers _____
 Otra entidad _____

a que divulgar a: _____
(PERSONAS / ORGANIZACIONES AUTORIZADAS A RECIBIR LA INFORMACIÓN)

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____



POR FAVOR, VER AL REVERSO PARA MÁS INFORMACIÓN

Esta autorización se aplica a la información siguiente:

- Anotaciones de psicoterapia (incluya a continuación información específica sobre anotaciones de psicoterapia que desea que se divulguen, esto es, fecha, terapeuta, etc.)

Fecha(s) _____

Terapeuta(s) _____

Por favor, tenga en cuenta que la ley del Estado de California obliga a CMHS a obtener autorización por escrito del Médico a Cargo.

Nombre del Médico a Cargo (letra de imprenta) _____

Sólo Para Uso de Oficina

Autorización del Médico a Cargo: Si No

Firma _____ **Fecha** _____ **Hora** _____ **AM / PM**

FINALIDAD

Descripción de cada finalidad del uso o divulgación solicitado _____

CADUCIDAD

Esta es una autorización de un solo uso para anotaciones de psicoterapia, y no podrá utilizarse para ninguna fecha de servicio más allá de la fecha de la autorización.

FIRMA

Paciente / Representante / Cónyuge /
Parte Responsable Financieramente _____

Fecha _____ Hora _____ **AM / PM**

Si quien firma es una persona distinta del paciente, indique la relación legal _____

Si es el representante legal del paciente, favor de proporcionar documentación de respaldo como: Poder Legal, Acta de Defunción si el paciente ya falleció, Tutela o Prueba de custodia.

- Identificación comprobada

Por la presente, autorizo a _____ a que recoja mis registros.

- Identificación comprobada

Representante del hospital que procesa la solicitud _____

Fecha _____

*Community Memorial Healthcare ~ Medical Records/Health Information Department 147 North Brent Street, Ventura, CA 93003
Phone 805-948-5047 ROlrequests@cmhshealth.org Fax 805-652-5649*

*Community Memorial Hospital-Ojai ~ Medical Records/Health Information Department ~ 1306 Maricopa Hwy., Ojai, CA 93023
Phone 805-640-2215 Fax 805-640-1649*

*Community Memorial Health Centers ~ Medical Records/Health Information Department
Please use Community Memorial Healthcare contact information above
Phone 805-948-5047 Fax 805-652-5649*

LGL813

