

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



Nombre del paciente _____ Fecha de Nac. _____ MR# _____ Bill # _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono(s) _____ Correo Electrónico _____

Al completar este documento, se autoriza la divulgación y/o el uso de información de salud 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 se obtenga de mí otra autorización para dicha divulgación o que dicha divulgación la exijan o permitan específicamente las leyes.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me está solicitando para ser usada o 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 entregarse a: **Community Memorial Healthcare, Health Information Department, 147 North Brent Street, Ventura, CA 93003**
- Entiendo que tengo derecho a escoger la forma en que he de recibir mi información de salud.
 - Por favor, escoja un modo de entrega (escoja solo una opción)
 - 1. Correo (a la dirección que figura más adelante) Papel CD Memoria USB (el archivo electrónico será en formato "pdf")
 - 2. Correo electrónico seguro a (receptor que figura más abajo) _____
 - 3. Envío de registros por fax al (Fax # del receptor. Ejemplo: paciente o representante legal) _____
 - 4. En persona Papel CD Memoria USB
 - Por favor, tenga en cuenta que con el uso del fax o correo electrónico seguro, existe cierto nivel de riesgo de que un tercero pueda leer o acceder de otro modo a su información de salud solicitada mientras está en tránsito
 - Según la política y el procedimiento de Community Memorial Healthcare, puede que se apliquen gastos según tabla de gastos.
- Entiendo que tengo derecho a recibir copia de esta autorización (Cód. Civil, § 56.12). Según la política y el procedimiento de Community Memorial Healthcare, puede que se solicite identificación para comprobar la identidad del paciente, cónyuge o representante designado

Por la presente, autorizo a Community Memorial Hospital(s) Ventura Ojai Centro(s) de Community Memorial Healthcare/Ubicación de Servicios (Por favor, especifique ubicación(es)): _____ a divulgar la información de salud que se documenta en esta autorización a:

(PERSONA(S) / ORGANIZACIONE(S) AUTORIZADA(S) A RECIBIR LA INFORMACIÓN)

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

LGL813



FAPOR FAVOR, CONSULTE MÁS INFORMACIÓN AL DORSO.

Esta autorización se aplica a la información siguiente:

- Notas de psicoterapia (incluya información específica sobre las notas de psicoterapia que usted desea que se divulguen, es decir, fecha, terapeuta, etc. a continuación).

Fecha(s) de visita(s)/encuentro(s) de servicio _____

Residente/Profesional(es) a Cargo/Terapeuta/Profesional(es) que asisten _____

Si se deniega una copia o el acceso, se notificará por escrito al paciente o su representante legal.

Sólo Para Uso de Oficina			
Aprobado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Nombre del médico/dirección designada de salud mental con letra de imprenta _____			
Firma _____	Fecha _____	Hora _____	AM / PM

FINALIDAD

Descripción de cada finalidad de la solicitud de uso o divulgación _____

CADUCIDAD

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

FIRMA

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

Si es el representante legal del paciente, por favor, aporte documentación de respaldo, como poder legal, acta de defunción, orden judicial o directivas anticipadas. Si el paciente ha fallecido, prueba de custodia, tutela u orden judicial.

Paciente/cónyuge/representante legal designado

Nombre con letra de imprenta _____

Firma _____ Fecha _____ Hora _____ AM / PM

Sólo para Uso de Oficina	
<input type="checkbox"/> Comprobada identificación	
Representante del hospital que procesa la solicitud _____	
Fecha _____	

Community Memorial Healthcare ~ Medical Records/Health Information Department 147 North Brent Street, Ventura, CA 93003
Teléfono 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
Teléfono 805-640-2215 Fax 805-640-1649

Community Memorial Health Centers ~ Medical Records/Health Information Department

Por favor, utilice la información de contacto anterior de Community Memorial Healthcare.

Teléfono 805-948-5047 Fax 805-652-5649

LGL813

