



# Community Memorial Health System

## Autorización para Uso o Divulgación de Anotaciones de Psicoterapia con Información Médica

(Authorization for use or Disclosure of Health Information Psychotherapy Notes)

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nac: \_\_\_\_\_ MR#: \_\_\_\_\_ Factura#: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (s): \_\_\_\_\_

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

1. Entiendo que esta autorización es voluntaria.
2. Puedo negarme a firmar esta autorización.
3. Mi revocación será efectiva a partir de su recepción, pero no será efectiva en la medida en que el solicitante u otros hayan actuado en base a esta autorización. Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona instrucciones si decido revocar mi autorización.
4. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
5. Ni el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios estará condicionada a que yo proporcione o se niegue a proporcionar esta autorización.
6. La información revelada en virtud de esta autorización podría volver a ser revelada por el receptor y podría no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que reciba mi información de salud la divulgue más, a menos que se obtenga otra autorización para tal divulgación o que dicha revelación sea específicamente requerida o permitida por la ley.
7. Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me pide que use o divulgue.
8. Si esta casilla está marcada,  el solicitante recibirá una compensación por el uso o divulgación de mi información.
9. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi nombre, y entregada a: (Sello de la dirección)

Por la presente autorizo a: \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DEL HOSPITAL / CENTERS FOR FAMILY HEALTH)

CFH solicitud; enviar por fax a: \_\_\_\_\_

a que divulgar a: \_\_\_\_\_  
(PERSONAS / ORGANIZACIONES AUTORIZADAS PARA RECIBIR LA INFORMACIÓN)

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### POR FAVOR, VER AL REVERSO PARA MÁS INFORMACIÓN

Community Memorial Hospital • Medical Records / Health Information Department • 805/652-5047 • Fax 805/652-5649  
Ojai Valley Community Hospital • Medical Records / Health Information Department • 805/640-2215 • Fax 805/640-1649  
Centers for Family Health • Medical Records / Health Information Department • 805/652-5047 • Fax 805/652-5649

LGL813





# Community Memorial Health System

## Autorización para Uso o Divulgación de Anotaciones de Psicoterapia con Información Médica

(Authorization for use or Disclosure of Health Information Psychotherapy Notes)

Esta autorización se aplica a la siguiente información:

Notas 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): \_\_\_\_\_

### 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.

**Después de haber completado este formulario, por favor imprima y llévelo a Medical Records en CMH para completar el proceso de solicitud.**

### FIRMA

Paciente / Representante / Cónyuge / Parte Responsable Financieramente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ A.M. / P.M.

Si quien firma es una persona distinta del paciente, indique la relación legal: \_\_\_\_\_

Identificación comprobada

Por la presente autorizo a \_\_\_\_\_ a que recoja mis registros.

Identificación comprobada

Representante del hospital que procesa la solicitud: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_