



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

1. Entiendo que esta autorización es voluntaria.
2. Puedo negarme a firmar esta autorización.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica que se me está solicitando para ser divulgada.
7. Si se marca este recuadro , el solicitante recibirá remuneración por el uso o divulgación de mi información.
8. 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 Hospital, Health Information Department, 147 N. Brent Street, Ventura, CA 93003**
9. Entiendo que tengo derecho a escoger cómo he de recibir mi información de salud.
 - a. Favor escoja un modo de entrega (escoja una opción):
 - 1. Correo (a la dirección que aparece más a continuación)
 - 2. Correo electrónico seguro a: _____
 - 3. Enviar petición por fax a: _____
 - 4. En persona (solo previa cita)
 - b. Favor escoja un formato (escoja una opción):
 - 1. Papel
 - 2. CD o memoria USB (circule una)
 - 3. Archivo electrónico en formato "pdf"
 - c. 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.

Favor de guardar y abra el archivo con Adobe Acrobat. Quizá no abra en un teléfono inteligente sin Adobe Acrobat instalado. Revise las carpetas de correo no deseado y correo basura cuando busque un correo electrónico de CMHS.

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

Por la presente autorizo a: Community Memorial Hospital Ojai Valley Community Hospital
 Centers for Salud Familiar/Clinicas (especificar ubicación): _____
 Otra entidad: (ejemplo: VCMC o St. John's Medical Center): _____

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:** _____ **A.M. / P.M.**

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: _____ **A.M. / P.M.**

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 Hospital • Registros Médicos (Departamento de Información Sanitaria)
147 N. Brent Street, Ventura, CA 93003*

Teléfono 805-948-5047 • Email ROIrequests@cmhshealth.org • Fax 805-652-5649

Ojai Valley Community Hospital • Registros Médicos (Departamento de Información Sanitaria) 1306 Maricopa Hwy., Ojai, CA 93023

Teléfono 805-640-2215 • Fax 805-640-1649

Centers for Family Health • Registros Médicos (Departamento de Información Sanitaria) Por favor use Community Memorial Hospital información contacto arriba.

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