



AUTORIZACION PARA DIVULGAR NOTAS DE PSICOTERAPIA

Nombre (en letra de molde) _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Yo doy permiso a Integral Care para que divulgue y/o comparta mis notas de psicoterapia con:

Nombre de la agencia o persona: _____

Dirección: _____

Número de contacto: _____

Correo electrónico: _____

INFORMACION A SER DIVULGADA: Solo las notas de psicoterapia

Entiendo que esta autorización abarca las notas de psicoterapia contenidas en mis registros, las cuales también pueden incluir información sobre enfermedades mentales, discapacidades intelectuales y de desarrollo, trastornos por el uso de sustancias, enfermedades contagiosas como VIH y SIDA, e información genética, a menos que se marque uno o más de los siguientes:

No divulgue información sobre: ☐ Trastornos por uso de sustancias ☐ Información genética ☐ Enfermedades contagiosas como VIH y SIDA

LAS NOTAS DE PSICOTERAPIA A SER DIVULGADAS DEBERÍAN CUBRIR EL PERIODO DE TIEMPO DESDE _____ HASTA _____. Si no se ha dado un periodo de tiempo, la información divulgada cubrirá toda la información antes de la fecha de vencimiento de esta autorización.

EL PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN ES PARA LO SIGUIENTE:

- | | | | |
|---|--|---|--------------------------------------|
| ☐ La continuidad del cuidado | ☐ Los beneficios por discapacidad | ☐ Por mi solicitud | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Legal | ☐ La escuela | ☐ El seguro | |

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que pudiera negarme a firmarla. Además, entiendo que el cuidado de mi salud y el pago por este no serán afectados si no firmo este formulario. Entiendo que puedo ver la información médica protegida que será divulgada. Si esta información es para mí mismo, puedo solicitar que se me entregue por correo electrónico. Entiendo que mi información médica protegida puede ser divulgada electrónicamente. Esta autorización abarca la información entregada vía electrónica, en papel y de forma verbal.

Esta autorización puede ser cancelada en cualquier momento mediante notificación por escrito dirigida a Integral Care, pero la cancelación no afectará ninguna divulgación hecha antes de recibir la notificación de cancelación. El PHI (Información Médica Protegida) revelado puede estar sujeto a la re-divulgación por parte del receptor y puede que ya no esté protegido por protecciones de privacidad estatales o federales. Integral Care no puede controlar la manera como la información médica protegida será usada por la agencia o persona que la reciba a través de esta autorización.

Esta autorización se vencerá en un año a partir de la fecha de su firma, a menos que sea cancelada antes o que se especifique su vencimiento de otra manera. Otra fecha de vencimiento especificada: _____.

Firma del cliente: _____	Fecha: _____
Firma del Padre, Madre o tutor legal: _____	Fecha: _____
Nombre completo en letra de molde: _____	Parentesco: _____

DECLARACION DE LA DIVULGACION: Esta información puede ser divulgada a usted en base a los registros protegidos por la ley de Confidencialidad Federal 42 CFR parte 2. Las leyes federales le prohíben a usted hacer cualquier otra divulgación de esta información, a menos que dicha divulgación haya sido autorizada expresamente mediante consentimiento por escrito de la persona a la que le pertenece o que la ley 42 CFR Parte 2 lo permita de otra manera. Una autorización general para la divulgación de información médica o de cualquier otro tipo, NO es suficiente para este propósito. Las leyes federales restringen cualquier uso de la información para los pacientes bajo investigación criminalística o acusados por abuso de drogas o alcohol.

Por favor envíe su solicitud de registros médicos a:

Integral Care-Medical Records Department
P.O. Box 3548
Austin, Texas 78764-3548
(512) 440-4075
(512) 445-7726 (FAX)
Revised: June 28, 2017