

Departamento de  
**Psiquiatría** 4800  
 Alberta  
 El Paso, TX 79905  
 915-215-4482  
 915-215-8614 (fax)

**Autorización para la Revelación de Apuntes de Psicoterapia**

<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>	NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DENACIMIENTO: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
<b>LA PARTE RECEPTORA</b>	NOMBRE: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
<b>INFORMACIÓN PARA SER LIBERADO</b> (¿Qué es lo que desea enviar o poner en libertad? Marque la casilla correspondiente.)	Apuntes de psicoterapia – Fecha de servicio: _____ <b>Yo acepto que la información siguiente puede ser divulgada/usada según se indica:</b> 1. Resultados de pruebas de SIDA/VIH, diagnósticos, tratamiento, e información relacionada Sí No 2. Resultado de pruebas antidepinge de detección de drogas e información acerca del uso y/o tratamiento relacionado al uso de drogas y alcohol Sí No 3. Información de su estado mental Sí No 4. Pruebas genéticas Sí No
<b>INSTRUCCIONES DE LA VERSIÓN</b> (¿Cómo quiere la información?)	<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Formato electrónico (cd/usb método preferido)
<b>PROPÓSITO DE LA LIBERACIÓN</b> (¿Por qué es necesario?)	<input type="checkbox"/> Cuidado continuo por otro proveedor de servicios médicos <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Compañía de seguro médico <input type="checkbox"/> Repaso Personal <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Otra razón (especifique): _____
<b>NOTIFICACIÓN A LA PARTE RECEPTORA DE ESTA INFORMACIÓN</b>	El uso de la información se le proporciona en esta Autorización se limita sólo a la finalidad indicada. Se prohíbe el uso de la información que se divulga en este formulario para cualquier otra finalidad sin previo consentimiento del paciente. Esta información puede estar protegida por reglamentos federales y éstos prohíben que la información se divulgue a terceras personas sin previo consentimiento de la persona cuyo nombre aparece en esta Autorización a menos que se divulgue según lo permite 42 CFR Parte 2.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta Autorización es voluntaria y puedo rehusar firmarla. La decisión de no firmar esta Autorización no afectaría mi tratamiento médico o pago por estos servicios.</li> <li>• Si yo deseo revocar esta Autorización debo hacerlo por escrito a TTUHSC El Paso (o la institución que lo divulgue.) La información puede ser divulgada hasta la fecha que se reciba mi petición de cancelación por escrito.</li> <li>• Esta Autorización caduca a los 180 días de la fecha en que se firme, de la fecha que se indica, o en caso eventual de que: (especifique): _____.</li> <li>• Información adicional disponible en el folleto de Aviso de Normas de Privacidad de TTUHSC El Paso.</li> <li>• Si los servicios de atención médica se proveen a petición de y son pagados por mi empleador (o eventual futuro empleador), yo entiendo y acepto que todo documento e información relacionada con estos servicios pueden darse directamente a mi empleador, y que si yo deseo obtener dicha información, debo ponerme en contacto con mi empleador o eventual empleador.</li> </ul>	
<b>EXONERACIÓN DE TODA RESPONSABILIDAD.</b> Acepto liberar a las clínicas de Texas Tech Physicians of El Paso (o cualquier otra institución que divulgue esta información) sus agentes, representantes, y empleados de toda responsabilidad asociada a la divulgación de información confidencial médica en conformidad con esta Autorización. Yo entiendo que la clínica de Texas Tech Physicians of El Paso (o cualquier otra institución) no son responsables del uso o divulgación a terceras partes.	

Yo certifico que la información de este formulario me fue explicadao totalmente, que la he leído, o me fue leída\*, y que entiendo su contenido.

Fecha \_\_\_\_\_ Imprima su nombre \_\_\_\_\_ Firma del paciente o legalmente autorizada \_\_\_\_\_  
 (Persona firmar formulario de consentimiento)

Hora \_\_\_\_\_ Testigo/Traductor\* \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Font color: Red, Spanish (Mexico), Strikethrough

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

Formatted: Spanish (Mexico)

HPP 3.2  
~~January 25, 2022~~  
[March 11, 2024](#)

Formatted: Left