



Autorización para la Liberación de Notas de Psicoterapia

INFORMACIÓN DEL PACIENTE TTUHSC El Paso MRN: _____	Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____
DESTINATARIO <input type="checkbox"/> Envié la información a: <input type="checkbox"/> Recibí la información de:	Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____ Numero de Fax: _____
INFORMACIÓN QUE SE LIBERARA (¿Qué es lo que desea enviar o liberar? Marque la casilla correspondiente.)	<input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia Fecha de servicio(s): _____ Acepto que la siguiente información sea divulgada/utilizada según se indica: 1. Resultados de pruebas de SIDA/VIH, diagnósticos, tratamiento, e información relacionada Si _____ No _____ 2. Resultados de pruebas de detección de drogas e información acerca del uso y/o tratamiento relacionado al uso de drogas y alcohol Si _____ No _____ 3. Información de su estado mental Si _____ No _____ 4. Pruebas genéticas Si _____ No _____
INSTRUCCIONES DE LA LIBERACIÓN (¿En qué formato desea la información?)	<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Formato electrónico (CD/USB)
PROPÓSITO DE LA LIBERACIÓN (¿Por qué es necesario?)	<input type="checkbox"/> Continuación de cuidado por otro proveedor de servicios médicos <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Compañía de seguro médico <input type="checkbox"/> Revisión personal <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Otra razón (especifique): _____
NOTIFICACION AL DESTINATARIO DE ESTA INFORMACION	El uso de la información que 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"> • Esta autorización es voluntaria y puedo rehusarme a firmarla. La decisión de no firmar esta autorización no afectará mi tratamiento médico o pago por los servicios recibidos. • Si yo deseo revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito a Texas Tech University Health Sciences Center El Paso (o la institución que lo divulgue.) La información puede ser divulgada hasta la fecha en que se reciba mi petición de cancelación por escrito. • Esta autorización expira a los 180 días de la fecha en que se firme, de la fecha que se indica, o en caso/evento de: (especifique): _____ • Se puede encontrar información adicional en el folleto de Aviso de Normas de la Privacidad de TTUHSC EP. • Si los servicios de atención médica se proveen a petición de y son pagados por mi empleador (o empleador potencial), yo entiendo y acepto que todo documento e información relacionada con estos servicios pueden darse directamente a mi empleador, y si deseo obtener dicha información, debo ponerme en contacto con mi empleador o empleador potencial. <p>EXONERACIÓN DE TODA RESPONSABILIDAD: Acepto liberar a las clínicas de TTUHSC EP (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 TTUHSC EP (o cualquier otra institución) no son responsables del uso o divulgación a terceras partes.</p>	

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



Certifico que se me ha explicado detalladamente este formulario, que lo he leído o me lo han leído* y comprendo su contenido.

Fecha

Nombre Impreso

Firma del paciente o firma legal autorizada

Hora

Testigo/Traductor*

Parentesco con el paciente