

Summit Community Care Clinic
AUTORIZACIÓN PARA USO O PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD
MÉDICA O NOTAS DE PSICOTERAPIA
(Formas de Publicación HIPAA por sus siglas en Inglés)



HIPAA proporciona protecciones especiales a ciertos registros médicos conocidos como "Notas de Psicoterapia". Las notas de psicoterapia se definen bajo HIPAA como registros de notas dados por proveedores de servicios médicos, los cuales son profesionales de salud mental. Dichos profesionales documentan o analizan el contenido de una conversación durante una sesión de asesoramiento privado o en grupo para consejería familiar, conjunta o familiar y que están separadas del resto de la historia clínica del paciente.

COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES, FECHA Y FIRMA

Yo, _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ autorizo voluntariamente la publicación de mi expediente médico.

Pedir información DE:	Enviar información A:
Nombre del Centro Médico:	Nombre de la persona/organización/centro médico:
Dirección:	Dirección:
Teléfono/Fax:	Teléfono/Fax:

El propósito o la necesidad de esta publicación es:

Cuidado Médico Adicional:	Legal:	Discapacidad:	Uso Personal:	Seguro Médico:
---------------------------	--------	---------------	---------------	----------------

Fechas de Servicio: _____

Marque con sus iniciales en las autorizaciones que apliquen:

Resumen Clínico Salud Conductual:	Evaluaciones:	Plan de Tratamiento:	Otro:
Notas de Psicoterapia:	Resultados de pruebas Psicológicas/Médicas:	Tratamiento/Referencias de abuso De Alcohol/Drogas:	

- Entiendo que la información que se publicará puede incluir registros relacionados con la atención de la salud conductal/mental, el tratamiento de abuso de alcohol/drogas, VIH/SIDA y genéticos. Esta autorización puede revocarse en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado una acción basándose en ella.
- La revocación debe hacerse por escrito al proveedor/centro médico que publica la información. El proveedor/centro médico no condicionará el tratamiento si la autorización está firmada o no.
- Pueden haber cargos monetarios por las copias de acuerdo con la ley estatal.
- La información utilizada o publicada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva publicación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley federal.
- Ésta caducará en **un año** a partir de la fecha de la firma a menos que indique una fecha anterior o posterior aquí : _____

NOTA:

Este es un documento legal. Léalo cuidadosamente. Al firmar, usted está aceptando y comprendiendo los términos de este formulario.

- Si el paciente tiene 18 años o más, debe firmar y fechar el formulario.
 - Si el paciente tiene 18 años o más y no puede firmar, un sustituto legalmente autorizado puede firmar y fechar el formulario.
- Por favor indique su autoridad legal e **incluya documentación escrita de su relación con el paciente.** (Circule):

Guardián Legal Conservador Agente de Atención Médica (Poder de Atención Médica)

- Si el paciente tiene 17 años o menos, el padre o tutor legal puede firmar y fechar el formulario, a menos que exista una excepción bajo la ley estatal o federal. Por favor indique su relación con el paciente. (circule): Padres Guardián Legal Menor Emancipado

Firma (requerida): _____ Fecha: ____/____/____

Nombre impreso (requerido si no es el paciente): _____

Dirección Postal del Paciente: _____

Personal de (SCCC por sus siglas en Inglés) : _____ Fecha: ____/____/____