

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

***AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE ARCHIVOS PSICOLÓGICOS CONFIDENCIALES Y LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA***

Este formulario al estar completado y firmado por usted, nos da la autorización para divulgar y/o recibir información protegida del archivo clínico suyo (o de su hijo/a) y entregarla a la persona o agencias designadas por usted. Usted acepta y entiende que este formulario no es una divulgación general, y al marcar o especificar información abajo usted está aceptando una divulgación informada de información específica, sensible y confidencial.

Estoy solicitando la divulgación de esta información por las siguientes razones: (por favor marque uno)

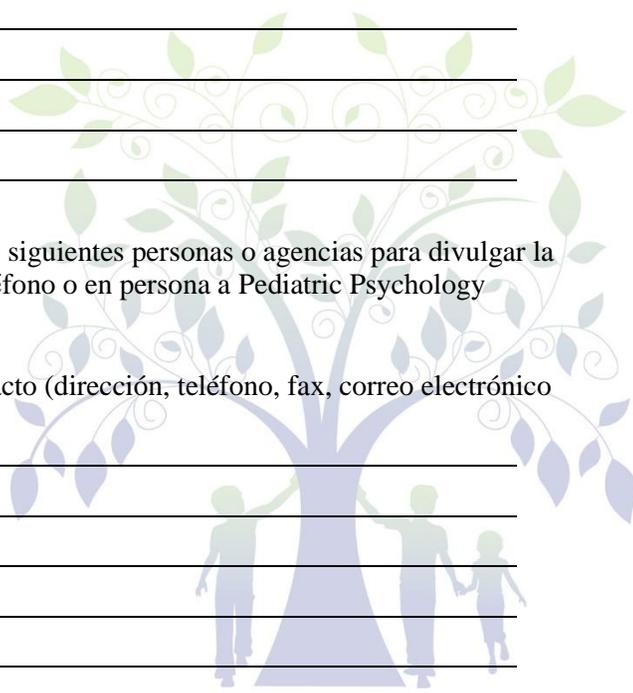
- A solicitud del paciente o su representante autorizado  
 Para coordinar el tratamiento y atención médica

**PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN** – Esta información puede ser divulgada mediante el envío de copias, facsímiles, por teléfono o en persona y debe ser divulgada a (nombre y dirección de la[s] persona[s] o las agencias a la[s] cual[es] la información debe ser divulgada):

Nombre/Agencia	Información de contacto (dirección, teléfono, fax, correo electrónico [email], etc.)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**PARA RECIBIR INFORMACIÓN** – Esta divulgación autorizará a las siguientes personas o agencias para divulgar la información indicada arriba por el envío de copias, facsímiles, por teléfono o en persona a Pediatric Psychology Associates:

Nombre/Agencia	Información de contacto (dirección, teléfono, fax, correo electrónico [email], etc.)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Lo que he marcado abajo autoriza a Pediatric Psychology Associates y/o su personal administrativa y de la clínica para divulgar o recibir la siguiente información marcada en su totalidad o información adicional como se indica a continuación:

<u>Divulgar a Agencias o Personas Externas</u>	<u>Divulgar de Agencias o Personas Externas</u>	<u>Información específica</u>	<u>Divulgar a Agencias o Personas Externas</u>	<u>Divulgar de Agencias o Personas Externas</u>	<u>Información específica</u>
		Resumen de ingreso/Prueba del estado mental			Archivos del hospital
		Resumen de alta/tratamiento			Correspondencia con la fuente de referencia o proveedores de tratamiento
		Plan de tratamiento			Información colateral
		Diagnóstico			Resultados de evaluaciones psicológicas/neuropsicológicas
		Notas de progreso (pasadas, actuales y futuras)			Otro-Específique:
		Archivos educativos y académicos			Otro-Específique:
		<i>Divulgue cualquier información específica enumerada anteriormente.</i>	<i>Se requiere la firma para esta opción-Firme aquí</i>		

\_\_\_\_ Esta autorización permitirá la divulgación de información de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_ Esta autorización permitirá la divulgación de información de \_\_\_\_\_ hasta 120 días después de la terminación de la terapia o el cierre de mi caso o archivo con Pediatric Psychology Associates.

Usted tiene el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento al enviar tal notificación escrita a una de nuestras oficinas. Sin embargo, su revocación no estará vigente con relación a las acciones que ya hayamos tomado basado en la autorización o si esta autorización fue obtenida como condición para adquirir la cobertura de seguro y que el asegurador tenga un derecho legal para disputar la demanda.

Al firmar abajo usted indica que está de acuerdo con la divulgación de la información arriba, que la naturaleza de dicha información le ha sido explicado en una manera que usted pueda entender, y que usted ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la divulgación de la información arriba y que las preguntas fueron contestadas satisfactoriamente. Usted está indicando que usted entiende que Pediatric Psychology Associates, por lo general, no puede poner como condición para recibir servicios psicológicos el requisito de firmar una autorización, salvo cuando los servicios psicológicos me están proporcionados para el propósito de crear información médica para una tercera persona. Entiendo que la información usada o divulgada conforme a la autorización puede estar divulgada nuevamente por el receptor de su información, vista por personas desconocidas a usted, y ya no estará protegida por la Regla de Privacidad HIPAA o por leyes o reglas Federales o Estatales.

Firma del paciente o representante autorizado \_\_\_\_\_

Nombre en letras de imprenta del firmante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si la autorización está firmada por un representante personal del paciente, se debe proporcionar una descripción de la autoridad de tal representante para actuar en nombre del paciente.

**ATENCIÓN A LAS AGENCIAS Y/O LAS PERSONAS A LAS CUALES ESTA INFORMACIÓN ESTÁ DIVULGADA:**

Si usted ha recibido esta información por equivocación, por favor comuníquese con nuestra oficina tan pronto como sea posible para planificar la devolución de la información recibida. Esta información puede estar protegida contra la nueva divulgación sin formulario de consentimiento informado firmado por la persona o la agencia a la cual pertenece. No divulgue esta información confidencial nuevamente sin el formulario de consentimiento informado firmado o como de otra manera está permitido por la ley.