

Departamento de Psiquiatria  
 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><br><br>TTUHSC El Paso MRN: _____  | NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DENACIMIENTO: _____<br>Dirección: _____ Teléfono: _____<br>Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____   |
| <b>LA PARTE RECEPTORA</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>Envíe</b> la información a:<br><br><input type="checkbox"/> <b>Recibir</b> la información de:  | NOMBRE: _____<br>Dirección: _____ Teléfono: _____<br>Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____  |
| <b>INFORMACIÓN PARA SER LIBERADO</b><br><br>(¿ <b>Qué</b> es lo que desea enviar o poner en <b>libertad</b> ? Marque la casilla correspondiente.)   | Apuntes de psicoterapia – Fecha de servicio: _____<br><b>Yo acepto que la información siguiente puede ser divulgada/usada según se indica:</b><br>1. Resultados de pruebas de SIDA/VIH, diagnósticos, tratamiento, e información relacionada <span style="float: right;">Sí ___ No ___</span><br>2. Resultado de pruebas antidoping e información acerca del uso y/o tratamiento relacionado al uso de drogas y alcohol <span style="float: right;">Sí ___ No ___</span><br>3. Información de su estado mental <span style="float: right;">Sí ___ No ___</span><br>4. Pruebas genéticas <span style="float: right;">Sí ___ No ___</span> |
| <b>INSTRUCCIONES DE LA VERSIÓN</b><br>(¿ <b>Cómo</b> quiere la información?)  | <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Formato electrónico (cd/usb método preferido)  |
| <b>PROPÓSITO DE LA LIBERACIÓN</b><br>(¿Por qué es necesario?)   | <input type="checkbox"/> Cuidado continuo por otro proveedor de servicios médicos<br><input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Escuela<br><input type="checkbox"/> Compañía de seguro médico <input type="checkbox"/> Repaso Personal<br><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>• <b>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): _____.</b></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 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 explicada totalmente, que la he leído, o me fue leída\*, y que entiendo su contenido.

|       |  |  |
|-------|--|--|
|       |  |  |
| Fecha | Imprima su nombre<br>(Persona firmar formulario de consentimiento) | Firma del paciente o legalmente autorizada |
|       |  |  |
| Hora  | Testigo/Traductor*   | Parentesco con el paciente                 |