TEXAS TECH UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES CENTER™

Department of Medical Records
PO Box 5066, 3601 4th St., 1B108
Lubbock, TX 79430-5066
806-743-2608
1-888-300-9868 toll free

Autorización para Revelación de Apuntes de Psicoterapia

INFORMACIÓN DEL PACIENTE TTUHSC MRN: _____	NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO:_____ Dirección:_____ Teléfono:_____ Ciudad:_____ Estado:_____ Zona Postal:_____
RECEPTION DE GRUPO ☐**Envié** la información a ☐**Recibir** la información de	NOMBRE: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Ciudad:_____ Estado:_____ Zona Postal:_____
INFORMACIÓN PARA SER LANZADO (¿**Qué** es lo que desea enviar o puesto en **libertad**? Marque la casilla correspondiente.)	☐ Apuntes de psicoterapia – Fecha de servicio: _____ **Yo acepto que la información siguiente puede ser divulgada / usada según se indica:** 1. Resultados de pruebas de SIDA/VIH, diagnósticos, tratamiento, e información relacionada sí ___ no ___ 2. Resultado de pruebas antidoping 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 ___
INSTRUCCIONES DE LA VERSIÓN (¿**Cómo** quiere la información?)	☐ Formato electrónico (cd/usb método preferido) ☐ Papel
PROPÓSITO DE LA LIBERACIÓN (¿Por qué es necesario?)	☐ Cuidado continuo por otro proveedor de servicios médicos ☐ Discapacidad ☐ Repaso Personal ☐ Compañía de seguro médico ☐ Escuela ☐ Abogado ☐ Otra razón (especifique): _____
Notificación a la parte que recibe esta información	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

- 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.
- Si yo deseo revocar esta Autorización debo hacerlo por escrito a TTUHSC (o la institución que lo divulgue.) La información puede ser divulgada hasta la fecha que se reciba mi petición de cancelación por escrito.
- 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): _____.
- Información adicional disponible en el folleto Aviso de Normas de Privacidad
- 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.

EXONERACIÓN DE TODA RESPONSABILIDAD. Acepto liberar a las clínicas de TTUHSC (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 (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 (Persona firmar formulario de consentimiento)	Firma del paciente o legalmente autorizada

Hora	Testigo/Traductor*	Parentesco con el paciente