



**MidHudson
Regional Hospital**
Westchester Medical Center Health Network



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR NOTAS DE PSICOTERAPIA

(Emitida en 03/25) (____ Modificada ____ o Revisada) Página 1 de 1

Nombre del paciente: _____ Núm. de expediente médico (si lo conoce): _____

Nombre cuando recibió tratamiento (si era diferente): _____ Correo electrónico: _____

Dirección del paciente: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____ Código postal: _____

Autorizo a MidHudson Regional Hospital (MHRH) de Westchester Medical Center para divulgar la información médica de la persona arriba mencionada, de la siguiente manera:

Nombre y dirección de la(s) persona(s) a quien(es) se enviará esta información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Información de contacto adicional o alternativa: _____

Descripción de la información a divulgar: **Notas de psicoterapia**

Propósito de la divulgación: _____ Continuación de la atención _____ Seguro _____ Legal _____ Propio _____ Otro _____

Esta autorización vencerá en un año contado a partir de la fecha en la que se firmó, a menos que se especifique una fecha o evento de vencimiento. *(Escriba la fecha o el evento de vencimiento deseado, si lo hay)*

1. Si autorizo la divulgación de la información relacionada con el VIH, con tratamientos por alcohol o drogas o con tratamientos de salud mental, el receptor tiene prohibido revelar a alguien más tal información sin mi autorización, a menos que la ley federal o estatal lo permita.

Comprendo que tengo el derecho de solicitar una lista de las personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si experimento discriminación debido a la divulgación o revelación de mi información acerca del VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al (212) 480-2493 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al (212) 306-7450.

2. Comprendo que cualquier divulgación y revelación es regida por el Título 42 del Código de Regulaciones Federales que gobierna la confidencialidad de los registros de pacientes de abuso de alcohol y drogas, así como la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996, 45 C.F.R. partes 160 y 164; y que está prohibido volver a divulgar esta información a una parte distinta a la designada arriba sin mi autorización por escrito.

3. Westchester Medical Center no condiciona el tratamiento o el pago a que usted firme esta autorización.

4. La información divulgada bajo esta autorización podría ser divulgada de nuevo por el receptor y podría ya no estar protegida.

5. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que Westchester Medical Center ya haya actuado al amparo de ella. Comprendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al Departamento de Administración de Información Médica de MidHudson Regional Hospital en 241 North Rd, Poughkeepsie, Nueva York 12601 Teléfono: 845-431-8150/8152 Fax: 845-483-5099

He leído este formulario y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Al firmar este formulario, reconozco que he leído y aceptado todo lo anterior.

Firma del paciente

Fecha

Para menores de edad: Por este medio declaro que soy el padre o la madre, ya sea biológico(a) o adoptivo(a), o un tutor legal del menor arriba mencionado, y que no existe ninguna orden judicial que restrinja o prohíba mi acceso a los expedientes indicados: Otros representantes legales deben adjuntar una copia de su poder notarial para atención médica, carta poder, testamento u otro documento:

Indique la relación con el paciente: _____

Firma

Nombre en letra de molde

Fecha