VALLEYHEALTH
Quality healthcare in your neighborhood.

Información de contacto del lugar

Autorización para la revelación de las notas de psicoterapia

PACIENTE Y PROVEEDOR/INFORMACIÓN DEL CENTRO:

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ SSN _____

Dirección _____ Teléfono _____

Autorizo a Valley Health a (elija una opción): ◯ revelar información a ◯ recibir información de

"Mí mismo" **O** Nombre del proveedor/centro _____ Teléfono _____

Dirección _____ Fax _____

◯ Revelar información a MyChart (**SOLO* si el paciente está revelando el expediente para sí mismo**)*

PLAZO Y FINALIDAD DE LA INFORMACIÓN QUE SE REVELARÁ:

Escriba las fechas/años específicos (No está permitido escribir "todos"; debe completarse): _____

Si solo quiere que se revelen los registros de cierto clínico y no de todos, escriba el nombre aquí: _____

Finalidad de la revelación: ◯ continuidad de la atención ◯ cambio de clínicos ◯ consulta/segunda opinión ◯ seguro

◯ discapacidad ◯ escuela ◯ legal ◯ personal ◯ otro (debe especificar): _____

****FIRMANDO ABAJO, RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO LO SIGUIENTE**:**

1. Entiendo que mis notas de psicoterapia pueden incluir información confidencial como la relacionada con el consumo de sustancias y el trastorno por consumo de sustancias, STD/enfermedades contagiosas, VIH y pruebas genéticas. Si quiero excluir alguna parte de esta información de la revelación, debo especificar abajo: Información específica que **NO** debe revelarse: _____
2. Esta autorización vencerá 1 año después de haber firmado este formulario.
3. Podría cancelar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito a la organización proveedora. Mi aviso entrará en vigor el día en que se reciba, excepto en la medida en que ya se hayan tomado las medidas con respecto a la solicitud original.
4. La información que se usó antes de esta autorización podría estar sujeta a que el destinatario vuelva a revelarla y ya no estará protegida por las reglamentaciones federales de privacidad.
5. Valley Health no puede condicionar el tratamiento o el pago a si firmo esta autorización.
6. Si recibo servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, incluyendo el programa MAT en Valley Health, dicha información está protegida según la Parte 2 del título 42 del CFR.

Firma del paciente/tutor legal/representante: _____ Fecha _____

Relación si no es el paciente: _____

*(*Si el paciente falleció, debe entregar documentación de MPOA o administrador/albacea del patrimonio*)*

Firma del testigo: _____ Fecha _____