

**Información del Paciente: Yo doy permiso que se entregue notas de psicoterapia:**

**(Un paciente por formulario)**

Nombre del paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____	Nº.MR o 4 últimos números del Seguro Social: _____
Ciudad, Estado, Código postal: _____	Teléfono: (    ) _____
Dirección de correo electrónico: _____	

<b>Entregar información de:</b> _____ (Indique Instalación (es) y / o Consultorio (s) pertinente (s)) _____ _____ (Número de teléfono)	<b>Entregar información a:</b> _____ (Nombre de la Instalación, persona, empresa)      (Parentesco/Relación) _____ (Ciudad, Estado, Código postal ) _____ (Número de teléfono)      (Número de fax)
---	---

**PROPÓSITO DE LA ENTREGA (marque razón):**     Solicitud individual/ personal     Atención continua al paciente     Seguros  
 Propósito legal, incluidos debates y procesos     Otro \_\_\_\_\_

**Indicar las fechas de sesiones de terapia para las notas de psicoterapia a ser entregadas:**  
 Fechas de sesiones de terapia:  
 Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

<b>FORMATO: (Marque todas las que apliquen)</b> <input type="checkbox"/> CD (cargo puede aplicar) <input type="checkbox"/> Copia en papel (cargo puede aplicar) <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>MÉTODO DE ENTREGA:</b> <input type="checkbox"/> Correo Reg. <input type="checkbox"/> Recogido <input type="checkbox"/> Fax, cuando lo permita <input type="checkbox"/> Servicio de correo Nocturno / urgente, cuando permita <input type="checkbox"/> Email seguro, cuando lo permita <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	---

**DERECHOS DEL PACIENTE - Entiendo que:**

- Puedo cancelar este permiso en cualquier momento. Tengo que cancelar por escrito y enviar o entregar la cancelación a la instalación o consultorio que entrega nombrado arriba. En caso de cancelación aplicará únicamente a la información aún no publicada por dicha instalación o consultorio.
- Esta es una entrega completa, incluyendo información relacionada con el tratamiento de comportamiento / salud mental, del abuso de drogas y alcohol (en cumplimiento con el 42 CFR Parte 2), genética, VIH / SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.
- Una vez que se entrega mi información de salud, el destinatario puede revelar o compartir mi información con otras personas y mi información puede no estar protegida por las protecciones federales y estatales de privacidad.
- El negarme a firmar este formulario no impedirá mi habilidad para obtener tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud o calificar para beneficios.
- CHS no compartirá ni usará mi información médica sin mi permiso que no sea de la forma que figura en el Anuncio de Prácticas de Privacidad de CHS o de lo requerido por la ley. El Anuncio de Prácticas de Privacidad está disponible en carolinashhealthcare.org.
- Un cargo puede ser aplicado por proporcionar la información de salud protegida.
- Tengo derecho a recibir una copia de este formulario a petición.

Este permiso se vence un año después de la fecha de mi firma a menos que otra fecha o evento anterior se escriba aquí: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Nota: Si el paciente carece de capacidad legal o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar este formulario. Anote la relación / autoridad si la firma no es la del paciente (Un constancia escrita puede ser solicitada)**

<input type="checkbox"/> Agente de Salud / Poder Notarial	<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Ejecutor / Administrador / Apoderado	<input type="checkbox"/> Cónyuge
<input type="checkbox"/> Padre/Madre	<input type="checkbox"/> Hijo adulto	<input type="checkbox"/> Pariente más cercano por declaración jurada	<input type="checkbox"/> Otro: _____

**Nota: Si el menor de edad consintió para su tratamiento ambulatorio para embarazo, enfermedades de transmisión sexual o salud del comportamiento / mental sin consentimiento de los padres, el menor deberá firmar esta autorización. Cuando el paciente es un menor de edad que recibe tratamiento para el abuso de sustancias, el menor debe firmar esta autorización, independientemente de quién consintió para el tratamiento.**

Firma del menor: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Autorización dada al paciente / Fecha de entrega: \_\_\_\_\_ vía  Correo  Fax  Otro \_\_\_\_\_  Identificación verificada  Licencia de Conducir / Otra ID  
 (Authorization given to patient / Date of release)      (via Mail)      (Other)      (ID Verification)      (DL/Other ID)

CHS Employee Name & Title: \_\_\_\_\_ CHS Employee Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Carolinah HealthCare System  
**AUTHORIZATION FOR RELEASE  
 OF PSYCHOTHERAPY NOTES**  
 Spanish

**Patient Information or Sticker**

**Name:**  
**DOB:**  
**Medical Record #:**