Pedro Feliberty

SPAN 404

Dr. Lombard-Cabrera

13th April 2025

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE NOTAS DE PSICOTERAPIA**

Este formulario se utiliza para autorizar la divulgación de notas de psicoterapia de acuerdo con la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

La HIPAA otorga protecciones especiales a ciertos registros de salud conocidos como "notas de psicoterapia". Las notas de psicoterapia se definen, según HIPAA, como aquellas registradas por un profesional de salud mental durante una sesión privada, grupal, conjunta o familiar, que documentan o analizan el contenido de la conversación y que están separadas del resto del expediente médico del paciente.

**Quedan excluidos de esta definición los siguientes elementos:**

* Prescripción y monitoreo de medicamentos.
* Horarios de inicio y fin de la sesión.
* Modalidades y frecuencias del tratamiento proporcionado.
* Resúmenes de diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico y progreso hasta la fecha.

Para que un proveedor de atención médica divulgue las notas de psicoterapia, el paciente al que se refieren dichas notas debe firmar un formulario de autorización conforme a HIPAA, que permita específicamente su divulgación. Esta autorización debe ser independiente de la autorización para divulgar otros registros médicos; por lo tanto, **se deben firmar dos formularios de autorización** por parte del paciente si se desea divulgar tantos registros médicos como notas de psicoterapia.

**La cumplimentación de este documento autoriza el uso y/o divulgación de las notas de psicoterapia.**  
El no proporcionar toda la información solicitada podría invalidar esta autorización.

**USO Y DIVULGACIÓN DE NOTAS DE PSICOTERAPIA**

Por la presente autorizo a:  
(Proveedor de atención médica) (Dirección: calle, ciudad, estado, código postal)

a divulgar las notas de psicoterapia sobre mí a la siguiente persona u organización:  
(Persona/Organización) (Dirección: calle, ciudad, estado, código postal)

**Iniciales del paciente:** \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ Solicito que mis notas de psicoterapia sean enviadas a otro centro o consultorio. Soy consciente de los riesgos que esto implica para la confidencialidad y libero a (Nombre del proveedor de atención médica) de toda responsabilidad relacionada con el envío de notas de psicoterapia por fax u otros medios.

**La siguiente información será divulgada:**  
a. ο Notas de psicoterapia – Fecha(s) del servicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROPÓSITO**

El propósito de esta divulgación es:  
ο Seguro o reembolso por terceros  
ο Continuidad de la atención\*  
ο Acción legal pendiente (abogado)  
ο A solicitud del paciente  
ο Otro: (especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Si es por continuidad de atención, los registros son necesarios para la cita del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (fecha y hora)

**RESTRICCIONES**

Entiendo que, si la persona o entidad que recibe esta información no es un proveedor de salud o un plan médico cubierto por las regulaciones federales de privacidad, **la información puede ser redistribuida** y dejar de estar protegida por dichas regulaciones. Sin embargo, el receptor **podría tener prohibido divulgar información sobre abuso de sustancias** según las Normas Federales de Confidencialidad sobre Abuso de Sustancias.

Reconozco que esta oficina y su personal tienen la responsabilidad de mantener la confidencialidad de los registros médicos en su posesión. Entiendo que, una vez divulgada la información, **puede ser nuevamente divulgada por el receptor** y ya no estar protegida por las leyes federales de privacidad. Libero a (Nombre del proveedor de atención médica) y a sus empleados de toda responsabilidad que pudiera surgir por cualquier divulgación posterior de mi información médica por parte del receptor.

**MIS DERECHOS**

* Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negación **no afectará mi acceso a tratamiento, pagos o elegibilidad para beneficios**.
* Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica cuya divulgación autorizo.
* Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarlo a:  
  (Nombre y dirección del consultorio)  
  La revocación será efectiva al ser recibida, salvo en lo relacionado con acciones ya realizadas en base a esta autorización.
* Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si así lo solicito.

**La información divulgada conforme a esta autorización puede ser redistribuida por el receptor y dejar de estar protegida por la Regla de Privacidad de HIPAA.**

**FIRMA**

Firma del paciente o representante legal / Fecha / Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del paciente o representante legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Relación legal con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Firma del testigo / Fecha / Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_