



FERNANDO DE GREEF, LPC

PSYCHOTHERAPIST - PSYCHOANALYST

1050 17th Street, NW, Suite 1000, Washington, DC 20036 Phone (703) 371-1907 Fax (703) 769-4948

contact@fernandodegreef.com - www.fernandodegreef.com

---

## AUTORIZACION PARA EL USO O DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

1. Nombre: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Segundo Nombre)

2. Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

3. Fecha en que la autorización es iniciada: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

4. Autorización iniciada por: \_\_\_\_\_  
Nombre (paciente, profesional u otra persona y/o institución)

5. Información a ser divulgada:

“ Solamente la autorización de las notas psicoterapéuticas (Importante: Si esta autorización es solo para notas de psicoterapia, usted no debe usarlo como una autorización para cualquier otro tipo información protegida).

“ Otros (describir la información en detalle): \_\_\_\_\_

6. Propósito de la Autorización: La razón por la que estoy autorizando la liberación de información es la siguiente: “ Mi petición ” Otro (especificar) \_\_\_\_\_

7. Persona/s autorizada/s a divulgar la información requerida \_\_\_\_\_

8. Persona/s autorizada/s a recibir la información requerida: \_\_\_\_\_

9. Esta autorización vencerá el \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ o ante la ocurrencia del/los siguiente/s evento/s:

---



FERNANDO DE GREEF, LPC, NCC  
PSYCHOTHERAPIST - PSYCHOANALYST

1050 17th Street, NW, Suite 1000, Washington, DC 20036 Phone (703) 371-1907 Fax (703) 769-4948  
contact@fernandodegreef.com - www.fernandodegreef.com

---

## DERECHOS DE LOS PACIENTES Y AUTORIZACIONES DE HIPAA

*A continuación se especifica sus derechos sobre dicha autorización en la Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996, modificada de vez en cuando ("HIPAA").*

- 1. Informe a su proveedor de salud si usted no entiende esta autorización y pida que se le explique.*
- 2. Usted tiene el derecho de revocar o cancelar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando: (a) la información ya ha sido compartida basándose en esta autorización, (b) cuando esta autorización se obtuvo como condición para obtener una cobertura de seguro. En este caso para revocar o cancelar esta autorización, debe presentar su solicitud por escrito a su profesional de salud mental y a su compañía de seguro médico, si correspondiera.*
- 3. Usted puede negarse a firmar esta autorización. Su negativa a firmar no comprometerá su derecho a obtener tratamiento, efectuar pagos, ni su elegibilidad para obtener otros beneficios se verá afectada. Si se negara a firmar esta autorización y usted está en un programa de tratamiento relacionado con la investigación, o ha autorizado al profesional a divulgar información sobre usted a un tercero, el profesional tiene el derecho a decidir no iniciar tratamiento y a no aceptarlo como paciente en su práctica.*
- 4. Una vez que la información sobre usted sale de esta oficina de acuerdo con los términos de esta autorización, esta oficina no tiene control sobre la forma en que tal información será utilizada por el destinatario. Tiene que ser consciente de que en ese momento su información podría no llegar a estar protegida por HIPAA.*
- 5. Si esta oficina inició esta autorización, usted debe recibir una copia de la autorización firmada.*
- 6. Instrucciones especiales para completar esta autorización para el uso y divulgación de notas de psicoterapia.** HIPAA ofrece protecciones especiales para ciertos expedientes médicos conocidos como "Notas de psicoterapia". Todas las notas de psicoterapia grabadas en cualquier medio (papel o electrónicamente) por un profesional de la salud mental (psicólogo, psiquiatra, etc.) deberá ser conservada por el autor y presentada separada del resto de las historias clínicas de los pacientes para mantener un nivel de protección más elevado. Las notas de psicoterapia se definen según la HIPAA como notas grabadas por un proveedor de atención de la salud que es un profesional de salud mental documentando y analizando el contenido de una conversación durante una sesión de terapia privada o en grupo, junto o una sesión de terapia familiar, y que son independientes del resto de la historia clínica del individuo. Quedan excluidos de las "Notas de Psicoterapia" la definición de los siguientes: (a) la prescripción de medicamentos y su control, (b) sesiones de terapia de inicio y finalización, (c) las modalidades y frecuencias del tratamiento brindado, (d) los resultados de los ensayos clínicos, y (e) cualquier resumen de: diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico y progreso hasta la fecha.*



FERNANDO DE GREEF, LPC, NCC  
PSYCHOTHERAPIST - PSYCHOANALYST

1050 17th Street, NW, Suite 1000, Washington, DC 20036 Phone (703) 371-1907 Fax (703) 769-4948  
contact@fernandodegreef.com - www.fernandodegreef.com

---

*Para que un proveedor de servicios médicos pueda librar notas de psicoterapia a un tercero, el paciente, que es el sujeto en cuestión en las notas de psicoterapia, tiene que firmar esta autorización para permitir específicamente la divulgación de las notas de psicoterapia. Dicha autorización deberá estar separada de otras autorizaciones para divulgar otros registros médicos.*

***Autorización y Firma:*** *Autorizo la divulgación de mi información confidencial de salud protegida, tal como se describe en mis indicaciones anteriores. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que la información a ser divulgada está protegida por la ley, y el uso o divulgación debe hacerse en función de cumplir con mis instrucciones. La información que se utilice y/o divulgue de acuerdo con esta autorización puede ser revelada por el receptor a menos que el beneficiario esté cubierto por las leyes estatales que limitan el uso y/o divulgación de mi información confidencial de salud protegida.*

---

*Firma del Paciente*

---

*Fecha*

---

*Representante Personal - Firma*

---

*Fecha*

*Relación con el paciente, si hubiera representante personal:* \_\_\_\_\_