Autorización para el Uso o Divulgación de Información de Salud Protegida
Notas de Psicoterapia solamente

Nombre del Miembro:	**Fecha de Nacimiento:** _____ / _____ / _____
ID de AHCCCS:	**ID de CIS:**
Domicilio del Miembro:	

Yo, o mi representante autorizado, solicita la liberación de las notas de psicoterapia como se establece en la presente autorización. De acuerdo con la ley de Arizona estado, la Regla de Privacidad de la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA) Portabilidad del Seguro de Salud, entiendo lo siguiente:

1. **Alcance Limitado de Autorización**. Esta autorizacion incluye solo the divulgación de notas de psicoterapia a la persona o entidad que esta nombrado abajo. Yo entiendo que un proveedor de salud necesita mi autorización por escrito para liberar las notas de psicotherapia y que esta autorizacion no puede ser combinada con cualquier otra autorización de liberación de información de salud (45 CFR § 164.508). Si deseo autorizar la liberación de información de salud protejida, debo firmar una autorización por separado.
2. **Autorización Voluntaria**. La firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no serán condicionados después de mi autorización para esta divulgación.
3. **Nueva Divulgación**. Informción a tercera persona bajo esta autorizacion esta prohibida ser divulgada sin autorizacion o liberación previa. A.R.S. § 12-2294(E).
4. **Revocación.** Tengo el derecho de revocar esta autorización, excepto en la medida en que la acción ya ha sido tomada en base a la presente autorización. Debo enviar cualquier revocación por escrito a la persona o entidad que esta permitada divulgar la información.
5. **Honorarios.** Si estoy solicitando esta información para mí mismo o para un tercera persona, Se me puede cobrar honorarios adecuados y razonables para la copia de dicha información. Cualquier cargo cumplirán con todas las leyes estatales y federales.

Nombre de la persona(s), organización o programa que tiene el permiso de divulgar la información:
_____

Nombre y domicilio de la persona(s) u organización a quien esta información se le divulgará:
_____

Razón de Divulgación: ☐ Petición de miembro ☐ Otra:

Divulgación de Información específica (Marque el cuadro(s) apropriado):
☐ Todas las notas de psicoterapia.
☐ Notas de Psicoterapia de (*fecha de inicio*) _____ a (*fecha de finalización*) _____.
☐ Otra (*por ejemplo, notas de psicoterapia que abordan los temas/asuntos/ inquietudes identificados abajo*):
_____
_____

A menos que sea revocada, esta autorización se caducara en 12 meses después de la fecha de que se haya firmado, a menos que especifique otro evento o fecha aquí;
_____

_____ _____ / _____ / _____
Firma (Miembro o representante autorizado*). Fecha

**Si esta firmado por alguien que no es el miembro, especifique autorización antes de firmar y provea documentación que apoye.*