



# Autorización para la divulgación de notas de psicoterapia

Utilice este formulario si desea que su proveedor de atención de salud mental comparta sus notas de psicoterapia con Aetna Better Health.

Su proveedor de atención de salud mental elabora las notas de psicoterapia. Estas constituyen registros de las conversaciones que mantiene con su proveedor de atención de salud mental durante las sesiones de asesoramiento. Su proveedor de atención de salud mental guarda estas notas separadas de sus registros médicos.

## 1. ¿Quién es el miembro de Medicaid?

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre
Número de identificación de miembro	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de teléfono
Calle		
Ciudad, estado y código postal		

## 2. Yo autorizo a este proveedor de atención de salud mental a compartir mis notas de psicoterapia.

Proveedor de atención de salud mental	Número de teléfono
Calle	
Ciudad, estado y código postal	

## 3. Yo autorizo a esta persona o compañía a recibir mis notas de psicoterapia.

Nombre de la persona o de la compañía <b>Aetna Better Health<sup>1</sup>,</b>	Número de teléfono
Calle	
Ciudad, estado y código postal	

### **<sup>1</sup>AVISO PARA LOS DESTINATARIOS DE LA INFORMACIÓN:**

La información divulgada a Aetna Better Health sobre ciertas afecciones, como tratamiento por abuso de alcohol o drogas, VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, información sobre salud conductual e información sobre marcadores genéticos está protegida en virtud de diversas leyes federales y estatales que prohíben que Aetna Better Health divulgue aún más esta información sin el consentimiento expreso por escrito de la persona a quien pertenece o, de otro modo, conforme a lo permitido por dichas leyes. Cualquier divulgación no autorizada que infrinja las leyes estatales o federales puede resultar en multas, sentencia de prisión o ambas sanciones. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO constituye el consentimiento suficiente para la divulgación de este tipo de información. La norma federal del Título 42 del CFR Parte 2 restringe el uso de la información divulgada para investigar o procesar penalmente a un paciente que haya exhibido abuso de alcohol o de drogas.

#### 4. ¿Por qué divulga estas notas de psicoterapia?

Motivo/propósito:

Brindo **autorización** para divulgar **únicamente** las notas de psicoterapia. Comprendo que estas notas pueden contener información de atención médica o tratamiento por abuso de sustancias. Además, pueden incluir información sobre hechos de violencia doméstica, VIH/SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual o contagiosas, como también información sobre cualquier tratamiento que puedan haber brindado otros proveedores de atención médica.

#### 5. Las notas de psicoterapia que autorizo corresponden a las siguientes fechas de servicio:

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

#### Al firmar a continuación, comprendo y acepto lo siguiente:

- Puedo solicitarle al proveedor de atención de salud de mental que figura en la Sección 2 que retire mi **autorización**.
- Si retira su **autorización**, no recuperará la PHI que ya hayamos recibido.
- Mi posibilidad de inscribirme al seguro no cambiará si no firmo este formulario.
- Cualquiera que obtenga mi información podría compartirla con otras personas. Eso significa que las leyes podrían no proteger mi información.
- Puedo solicitar una copia de esta **autorización** por escrito a la dirección que figura en la Sección 3 de este formulario.

#### ATENCIÓN:

Debo firmar este formulario si ocurre algo de lo siguiente.

- Tengo 18 años o más.
- Tengo menos de 18 años y estoy casado/a o emancipado/a.
- Mi estado me permite recibir tratamiento, incluso si mis padres o tutor legal no están de acuerdo.
- Mis notas de psicoterapia que se van a divulgar pueden incluir una de las siguientes afecciones:
  - Diagnóstico o tratamiento de trastornos por abuso de sustancias
  - Salud mental
  - Enfermedades de transmisión sexual (incluidos VIH/SIDA)
  - Salud reproductiva (incluidos métodos anticonceptivos, atención prenatal y aborto)
  - Salud general y salud dental

#### 6. Firma del miembro o del representante autorizado.

Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	
Si un representante legal firmó este formulario, describa la relación que los vincula: (padre, tutor legal, apoderado, representante personal)	

**Representante autorizado** significa que usted cuenta con evidencia legal que indica que puede actuar en nombre de esta persona. Un representante firma en nombre de una persona que, legalmente, no puede firmar por sí misma. Si el miembro es menor de 18 años, el padre o tutor legal debe firmar en nombre del menor. Si usted es un representante, cuando firma este formulario, debe enviar la evidencia legal que indica que puede actuar en nombre de esta persona.

¿Tiene alguna pregunta? Nosotros podemos ayudarle.

**Llame a Aetna Better Health al: [1-800-279-1878 \(TTY: 711\)](tel:1-800-279-1878).**

**Firme y envíe este formulario completo a la dirección que figura debajo:**

**Aetna HIPAA Member Rights Team  
PO Box 14079  
Lexington, KY 40512-4079**

**O envíelo por fax al siguiente número: [1-859-280-1272](tel:1-859-280-1272)**