

Commonwealth of Massachusetts
 Department of Mental Health
**Autorización para la Divulgación de las
 Notas de Psicoterapia**
Bilateral

1. Paciente/Información del Solicitante	
Nombre: _____	Otros Nombres: _____
Calle: _____	APTO. #: _____
Ciudad/Pueblo: _____	Estado: _____ Código Postal: _____
# de Seguro Social _____	Fecha de Nacimiento: _____
Teléfono: _____	

2. Autorización para la Divulgación: Autorizo al Departamento de Salud Mental (DMH, por sus siglas en inglés) a recibir y divulgar las Notas de Psicoterapia , ya sea verbalmente o por escrito de o a la Persona, Agencia o Institución nombrada a continuación.	
Persona, Agencia o Institución (p.ej., nombre y dirección del hospital, proveedor para paciente ambulatorio, programa residencial, otro) Nombre: _____ Atención: _____ Calle: _____ Ciudad/Pueblo: _____ Estado/Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____	Información de Contacto para el Departamento de Salud Mental: Nombre: _____ Calle: _____ Ciudad/Pueblo: _____ Estado/Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

3. Fechas de las notas de psicoterapia que desea compartir: (Especifique las fechas)
Fechas de la Información Solicitada: Desde: _____ Hasta: _____

4. Propósito de la Divulgación: (Debe marcar una)
<input type="checkbox"/> Uso Personal <input type="checkbox"/> Coordinar la atención <input type="checkbox"/> Remisión <input type="checkbox"/> Facilitar facturación <input type="checkbox"/> Obtener un seguro, financiamiento u otros beneficios <input type="checkbox"/> Otros propósitos (por favor especifique): _____

Entiendo que:

- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento.
- Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentarla al DMH en la dirección del Departamento de Salud Mental especificada anteriormente o en la oficina del DMH en mi área. (Encuentre las oficinas del DMH de su área en www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; llame al 1-800-221-0053 o envíe un correo electrónico a dmhinfo@MassMail.State.MA.US).
- La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado conforme a esta autorización.
- La revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi asegurador el derecho de impugnar un reclamo según mi política.

Commonwealth of Massachusetts
 Department of Mental Health
**Autorización para la Divulgación de las
 Notas de Psicoterapia**
Bilateral

Paciente/Nombre del Solicitante: _____

Entiendo que:

- Una vez que se divulga la información anterior, el destinatario puede volver revelar dicha información y es posible que no esté protegida por las leyes o normas de privacidad federales o estatales.
- El autorizar la divulgación de la información identificada anteriormente es voluntaria.
- No necesito firmar este formulario para recibir los tratamientos o los servicios del DMH y/o la otra persona nombrada, institución o agencia; sin embargo, la falta de capacidad para compartir u obtener información puede impedir que el DMH y/o la otra persona nombrada, institución o agencia mencionada proporcionen la atención adecuada y necesaria.

Esta autorización caducará (especifique una fecha, un período de tiempo o un evento) _____ o, si no se especifica nada, caducará un año después de la fecha de la firma.

5. Firma / Autorización: Firme y proporcione la información según se requiere a continuación.	
X _____ Su firma o la firma del Representante Personal	_____ Fecha
_____ Nombre legible/en letra de imprenta del firmante	
La siguiente información es necesaria en caso de ser firmada por un representante personal:	
Tipo de autoridad (p. ej., representante asignado por el tribunal, un padre con custodia): _____	