



# Pediatric Associates of Alexandria

INOVA HEALTHPLEX  
6355 WALKER LANE, STE. 401  
ALEXANDRIA, VIRGINIA 22310

POTOMAC YARD  
3600 S. GLEBE RD, STE. 150  
ARLINGTON, VIRGINIA 22202

P. 703-924-2100 F. 703-922-6067  
[WWW.PEDSALEX.COM](http://WWW.PEDSALEX.COM)

---

## Autorización para la divulgación de información sobre salud conductual

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre de Familia / Guardian: \_\_\_\_\_

Autorizo a Pediatric Associates of Alexandria (en adelante, "Proveedor") a divulgar / intercambiar información sobre tratamientos de salud mental y registros obtenidos en el curso del tratamiento terapéutico, que incluye, entre otros, el diagnóstico del terapeuta, de la paciente mencionado anteriormente para:

Nombre de la persona/organización \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fax (si corresponde) (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

La siguiente información: (el paciente o tutor debe poner sus iniciales en cada elemento que se divulgará)

\_\_\_ Registros educativos

\_\_\_ Informes de comportamiento

\_\_\_ Diagnósticos / Evaluación

\_\_\_ Reporte de progreso

\_\_\_ Informes de maestros

\_\_\_ Evaluaciones psicológicas / psiquiátricas

\_\_\_ Registros médicos / Información sobre administración de medicamentos

\_\_\_ Resumen de tratamiento / alta

\_\_\_ Comunicación verbal / escrita continua

Otro: \_\_\_\_\_

1. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que cualquier cancelación o modificación de esta autorización debe ser en escribiendo. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. A menos que el Proveedor haya tomado medidas basándose en él. Y también entiendo que dicha revocación debe ser por escrito y recibida por el Proveedor para que sea efectiva.

2. Entiendo que esta autorización vencerá automáticamente después de 1 año. Proveedor no condicionará el tratamiento a mi firma de esta autorización y tengo la derecho a negarse a firmar este formulario.

3. A menos que haya solicitado específicamente por escrito que la divulgación se haga en un determinado formato, nos reservamos el derecho de divulgar información según lo permitido por este autorización de cualquier manera que consideremos apropiada y consistente con ley aplicable, incluyendo, pero no limitado a, verbalmente, en formato de papel o electrónicamente.

4. Entiendo que existe la posibilidad de que la información médica protegida que se divulga de conformidad con esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y la información médica protegida ya no estará protegida por la HIPAA regulaciones de privacidad, a menos que se aplique una ley estatal que sea más estricta que la HIPAA y proporciona protecciones de privacidad adicionales.

Al firmar este formulario, certifico:

- 
- Que he leído o me han leído este formulario / o me han explicado este formulario
  - Que entiendo completamente su contenido
  - Que se me ha dado una amplia oportunidad para hacer preguntas y que cualquier preguntas han sido respondidas satisfactoriamente
- 

Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_