

AUTORIZACIÓN PARA EXPEDIR / RECIBIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (AMPARADA POR LEY)

*AUTHORIZATION FOR RELEASE/RECEIPT OF PROTECTED
OR PRIVILEGED HEALTH INFORMATION*

- EXPEDIR COPIAS DE HISTORIA CLÍNICA /**
RELEASE COPIES OF HEALTH / MEDICAL RECORD
 REVISAR HISTORIA CLÍNICA / REVIEW HEALTH/MEDICAL RECORD

PACIENTE: _____		
PACIENT NAME:	NOMBRE / NAME	APELLIDO / LAST NAME
NÚMERO DE REGISTRO MÉDICO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ <i>Patient Medical Record # (if addressograph stamp is not used)</i> <i>Patient Date of Birth</i>		
DIRECCIÓN DEL PACIENTE: Calle/Street: _____ Apartamento/Apt. # _____ <i>Patient Address</i>		
Ciudad/City: _____ Estado/State: _____ Código/Zip: _____		
TELÉFONO: DÍA: () _____ NOCHE: () _____ <i>Telephone #: Day Evening</i>		

Yo, _____ por medio del presente formulario autorizo a:

Nombre del paciente / Patient name
 _____ a expedir mi información médica protegida (amparada por ley),

Entidad o recinto / Facility
 incluyendo copias de la historia clínica de la atención médica que se me ha prestado en _____,

Entidad o recinto / Facility
 a las siguientes personas en las siguientes direcciones o entidades:

<p style="text-align: center;">Persona / o personas o entidad / <i>Person(s) / Facility</i> (Escriba nombre y dirección)</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Por motivo de: (marque la casilla debida)</p> <p> <input type="checkbox"/> Atención médica / <i>Medical care</i> <input type="checkbox"/> Seguro* / <i>Insurance</i> <input type="checkbox"/> Asunto jurídico* / <i>Legal matter</i> <input type="checkbox"/> Asunto personal* / <i>Personal</i> <input type="checkbox"/> Entidad educativa / <i>School</i> <input type="checkbox"/> Otro / <i>Other</i> (por favor detalle) _____ _____ </p>
---	---

*** Por favor consulte la NOTIFICACIÓN de Partners para información sobre cobros por gastos de fotocopia que pudiera ocasionarle esta solicitud. **Las copias de fotografías pueden tener costo adicional.**

INFORMACIÓN A EXPEDIR / Information to be released (Marque el tipo de información y anote las fechas)

<input type="checkbox"/> Apuntes de consulta / <i>outpatient notes</i> _____	<input type="checkbox"/> Fotografías** / <i>photographs</i> _____
<input type="checkbox"/> Informe de alta / <i>discharge summary</i> _____	<input type="checkbox"/> Informes de radioterapia / <i>radiation reports</i> _____
<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio / <i>lab reports</i> _____	<input type="checkbox"/> Radiografías o informes de radiología / <i>X-rays/ scan reports</i> _____
<input type="checkbox"/> Informes de cirugía / <i>operative reports</i> _____	<input type="checkbox"/> Otro / <i>other</i> (por favor detalle) _____
<input type="checkbox"/> Informe de patología / <i>pathology report</i> _____	
<input type="checkbox"/> Resumen de historia clínica (exámenes, informes de cirugía, consultas, pruebas, resumen clínico de alta) <i>Medical Record Abstract (e.g. History & Physical, Operative Report, Consults, Test Reports, Discharge Summary):</i>	

AUTORIZACIÓN PARA EXPEDIR INFORMACIÓN MÉDICA EXPLÍCITAMENTE PROTEGIDA (AMPARADA POR LEY)

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF SPECIFICALLY PROTECTED OR PRIVILEGED INFORMATION

Por favor marque una casilla (Sí o No) en cada uno de los siguientes puntos para indicar si autoriza que se expida ese tipo de información (si está en su historia clínica).

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Resultados de pruebas para VIH / <i>HIV test results</i> (REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA CADA SOLICITUD DE EXPEDIR/ <i>AUTHORIZATION REQUIRED FOR EACH REQUEST</i>) FECHAS / <i>DATES</i> : _____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Resultados de pruebas genéticas de detección / <i>genetic screening test results</i> TIPO DE PRUEBA / <i>SPECIFY TYPE OF TEST</i> : _____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Informes sobre consumo de alcohol o drogas, amparados por reglamento federal de confidencialidad <i>Alcohol and drug abuse records protected by Federal Confidentiality Rules 42 CFR Part 2</i> (EL REGLAMENTO FEDERAL PROHÍBE QUE ESTA INFORMACIÓN SE DIVULGUE DE NUEVO A MENOS QUE SE PERMITA EXPLÍCITAMENTE O QUE HAYA CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DE LA PERSONA DE QUIEN SE TRATE O SEGÚN LO PERMITA LA REGLA 42 CFR PARTE 2.) Esta autorización puede anularse solicitándolo por escrito o verbalmente.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Otros / <i>other(s)</i> : Por favor dé el detalle: _____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Detalles de diagnóstico o tratamiento de salud mental dado por un psiquiatra, psicólogo, enfermera especialista en salud mental, o personal clínico licenciado para salud mental (<i>Licensed Mental Health Clinician</i>). Entiendo que puede que no sea necesario obtener mi permiso para expedir mi historia clínica de salud mental si es con motivo de tramitar pagos.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Comunicaciones confidenciales con asistente social licenciado para salud mental / <i>Confidential communications with Licensed Social Worker</i>
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Detalles de asesoría para víctimas de violencia en el hogar / <i>Domestic Violence Victims' Counseling</i>
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Detalles de asesoría para víctimas de agresión sexual / <i>Sexual Assault Counseling</i>

Entiendo que:

- Puedo retirar esta autorización en cualquier momento entregando aviso por escrito al mismo Departamento o consultorio en el cual entregue esta autorización originalmente. La autorización puede retirarse excepto:
 - según se haya obrado de acuerdo con lo dispuesto en esta autorización,
 - si la autorización se obtiene como una condición de lograr cobertura de seguro, hay otras leyes que proveen al asegurador el derecho de impugnar reclamos bajo la póliza.
- Puedo rehusarme a firmar esta autorización. Si me rehúso a firmarla, eso no afectará mi tratamiento, pago, afiliación a plan de salud, ni posibilidad de ser considerado para recibir beneficios.
- La información expedida bajo esta autorización dejará de estar amparada por Partners HealthCare si es divulgada por la parte que la reciba.
- Esta autorización se vencerá automáticamente en 6 meses a menos que se detalle lo contrario: (*Specify if date of expiry is different than automatic 6 months:*) _____

He leído y entendido este documento y se han respondido todas mis preguntas satisfactoriamente; y por medio del presente autorizo explícita y voluntariamente que se expida la información aquí nombrada, o la historia clínica, sobre mi enfermedad, a aquellas personas o entidades aquí nombradas.

FIRMA DEL PACIENTE / *Patient's signature*: _____ **FECHA** / *Date*: _____

Escriba su nombre en letra de molde / *Print name*: _____

Si el paciente es menor de edad o si está incapacitado para autorizar, se exige la firma de uno de los padres, tutor legal u otra persona autorizada. (*If patient is a minor or unable to consent, parent, guardian or authorized signature is required*)

FIRMA AUTORIZADA / *Authorized signature* _____ **FECHA** / *Date*: _____

Escriba nombre en letra de molde / *Print name*: _____ **Parentesco** / *Relationship*: _____

Casilla de uso interno / *For Internal Use Only*

Information released by: _____ Date: _____

Clinic / Office: _____