

St. Elizabeth's Medical Center
Solicitud del Paciente / Autorización para usar o revelar información médica protegida

N.º de expediente médico _____

Por la presente autorizo a **St. Elizabeth's Medical Center** a utilizar o revelar la información médica protegida de mis expedientes médicos que se especifica abajo:

1) NOMBRE DEL PACIENTE: (En letra de molde) _____ Fecha de nacimiento: _____				
Dirección: _____				
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	
Número(s) de teléfono de contacto: _____				
Correo electrónico: (Si corresponde) _____				
2) LA INFORMACIÓN SE REVELARÁ A:				
Nombre de la persona o del centro (en letra de molde) _____				Fax n.º _____
Dirección (en letra de molde) _____				N.º de teléfono _____
Ciudad	Ciudad	Código Postal		
Correo electrónico: (Si corresponde) _____				

- 3) Método de entrega preferido -**
 Correo electrónico
 Correo postal a la dirección indicada en el apartado 2 arriba
 Recepción en persona

4) Fechas de tratamiento desde: _____ **Hasta:** _____

5) EXPEDIENTES/INFORMES ESPECÍFICOS A REVELAR:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de admisión y examen físico | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Servicios de rehabilitación (fisioterapia [PT], terapia ocupacional [OT], terapia del habla) |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Informes de estudios de imagenología (especifique si es una tomografía computarizada [CT], radiografía, imagen por resonancia magnética [MRI]) | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Consulta | <input type="checkbox"/> Informes de patología | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Notas de la cirugía | _____ |
| <input type="checkbox"/> Informes de electrocardiograma (ECG) | | _____ |

6) REVELACIÓN RESTRINGIDA: **No** revelaremos la siguiente documentación **a menos que** usted marque la casilla correspondiente y proporcione una firma adicional:

Revelación	Firma	Revelación	Firma
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			

* Esta autorización no es válida para el uso o revelación de notas de psicoterapia
 ** El término "pruebas genéticas" se refiere únicamente a las pruebas que determinan sus posibilidades futuras de desarrollar una enfermedad, no a las pruebas realizadas para diagnosticar una condición o problema actual.
 ***Solo se aplica a los expedientes creados por un "individuo o entidad que se presenta como proveedor de diagnóstico de abuso de alcohol o drogas, tratamiento o remisión para tratamiento".
 (Código de Reglamentos Federales 42 [CFR] Parte 2) No se exige para los expedientes que se crean o mantienen en un centro médico general.

IMPORTANTE: ESTA AUTORIZACIÓN NO ES VÁLIDA SI NO SE COMPLETAN TODAS APLICABLE LAS CASILLAS Y SE FIRMA EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 2

St. Elizabeth's Medical Center
Solicitud del Paciente / Autorización para usar o revelar información médica protegida

7) SOLICITUD DE EXCLUSIÓN:

Solicito que la o las siguientes admisiones/visitas se excluyan específicamente de esta solicitud _____
 (especifique fechas de servicio).

8) PROPÓSITO DE REVELACIÓN:

Atención médica Legal Seguro Personal Otros _____

*Se pueden aplicar cargos

9) PLAZO: Esta Autorización permanecerá vigente durante un año o:

- Hasta que **St. Elizabeth's Medical Center** atienda esta solicitud..
- Desde la fecha de la autorización hasta _____ el día de _____ de 20_____
- Hasta que ocurra el siguiente evento: _____
- Otro: _____

10) REVOCACIÓN: Comprendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento solicitándola a **St. Elizabeth's Medical Center** por escrito en la dirección indicada abajo. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que **St. Elizabeth's Medical Center** reciba mi notificación por escrito. Comprendo que la revocación no tendrá efecto alguno sobre ninguna medida que **St. Elizabeth's Medical Center** haya tomado amparándose en esta Autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

Gestión de la información médica

St. Elizabeth's Medical Center
 736 Cambridge St.
 Brighton, MA 02135
 617-789-3000

11) EFECTO SOBRE EL TRATAMIENTO/PAGO/INSCRIPCIÓN/ELEGIBILIDAD: Comprendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización por cualquier motivo; y que, al hacerlo, no se verán afectados el inicio, la continuación ni la calidad de mi tratamiento, el pago, la inscripción en el seguro de salud o la posibilidad de recibir beneficios en **St. Elizabeth's Medical Center**.

12) POTENCIAL DE REVELACIÓN POSTERIOR: Comprendo que la persona que reciba mi Información Médica Protegida puede no estar obligada a cumplir con las leyes de privacidad federales y estatales, y que mi Información Médica Protegida podría dejar de estar protegida por la ley estatal y federal aplicable una vez que sea revelada por **St. Elizabeth's Medical Center**.

13) ACCESO: Comprendo que, en determinadas circunstancias, **St. Elizabeth's Medical Center** tiene derecho a negarme el acceso a la totalidad o a una parte de mi información médica protegida. El **St. Elizabeth's Medical Center** me notificará por escrito tales denegaciones.

He leído y comprendido los términos de la presente Autorización y he tenido la oportunidad de formular preguntas sobre el uso o revelación de mi información médica. Con mi firma abajo, autorizo a **St. Elizabeth's Medical Center**, con conocimiento de causa y de forma voluntaria, a utilizar o revelar mi información médica en la forma descrita arriba.

14) _____ Fecha _____
 Firma del paciente

Nombre del paciente en letra de molde _____ Testigo

Firma del representante autorizado Si el paciente es menor de edad o no puede firmar esta Autorización:

15) _____ Fecha _____
 Firma del representante personal

Nombre en letra de molde del representante del paciente _____ Relación con el paciente o autoridad para actuar en su nombre _____

Las preguntas sobre revelación deben dirigirse al director de gestión de información médica del hospital.

For Office Use:

- Copy of this authorization provided to the patient
- Copy of this authorization provided to the personal representative

IMPORTANTE: ESTA AUTORIZACIÓN NO ES VÁLIDA SI NO SE COMPLETAN TODAS APLICABLE LAS CASILLAS Y SE FIRMA EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 2

Signature of Personnel Completing Request _____ Print Name _____ Date _____ Time _____

* SCA. roi *