



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

Dirección postal:

Medical Record Department
Harrison Avenue/ACC Basement
Boston, MA 02118

Fax: 617-414-4210 850
Teléfono: 617-414-4213

Nombre del paciente: _____		
Apellido	Primer Nombre	Inicial del segundo nombre
Dirección: _____		
Calle (incluya el n.º de depto., si corresponde)		
Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento: ____/____/____ N.º de teléfono: _____ N.º de reg. méd.: _____		
DIRECCIÓN ALTERNATIVA: (Indique si la información debe enviarse a una dirección diferente, es decir, distinta a la dirección indicada anteriormente).		
Calle (incluya el n.º de depto., si corresponde)		
Ciudad	Estado	Código postal
Por la presente, autorizo a Boston Medical Center a <u>divulgar</u> mi información de salud protegida a (seleccione un método por solicitud):		
☐ Enviar por correo a: ☐ Retener para ser recogida por:		
☐ Fax (solo a centros de atención de salud): _____ ☐ Correo electrónico: _____		
Nombre: _____		
Dirección: _____		

MARQUE EL FORMATO EN EL QUE PREFIERE RECIBIR SUS REGISTROS MÉDICOS: ☐ PAPEL ☐ ELECTRÓNICO

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN (marque uno):

☐ Para mí ☐ Inspección ☐ Cambio de médico ☐ Consulta ☐ Escuela ☐ Legal ☐ Otro (especifique): _____

INFORMACIÓN A DIVULGAR (sea específico e indique las fechas de servicio, el rango de fechas y/o los nombres de las clínicas):

Marque una o todas las opciones: ☐ Boston Medical Center ☐ Boston Medical Center - Brighton ☐ Boston Medical Center - South

Nombre del consultorio y/o del proveedor: _____

- ☐ Resumen del registro médico (p. ej., Depto. de emergencias, Antecedentes y examen físico, Informe operativo, Consultas del resumen del alta, Análisis de laboratorio, Radiografía, Patología): _____
- ☐ Notas clínicas _____ ☐ Informes de patología _____
- ☐ Informes de consulta _____ ☐ Informes de imagen por resonancia magnética _____
- ☐ Registros de medicamentos _____ ☐ Expediente del Departamento de Emergencias (ED) _____
- ☐ Registros completos _____ ☐ Otro (especificar contenido) _____

PARA SOLICITAR LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN ESPECÍFICAMENTE PROTEGIDA O PRIVILEGIADA, DEBE COLOCAR SUS INICIALES A CONTINUACIÓN:

- ____ Resultados de la prueba de VIH (SE REQUIERE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA CADA DIVULGACIÓN)
- ____ Enfermedades de transmisión sexual (ETS) ☐ Asesoramiento genético
- ____ Agresión sexual según el Estado de Massachusetts ☐ Violencia doméstica
- ____ Kit de recolección de prueba/Asesoramiento sobre agresión sexual ☐ Asesoramiento de un trabajador social/Terapia
- ____ Registros o información psiquiátrica ☐ Servicios profesionales de un psicólogo con licencia
- ____ Notas de psicoterapia (notas grabadas por un profesional de salud mental que documenta o analiza el contenido de una conversación durante una sesión privada de asesoramiento o de asesoramiento grupal, conjunta, familiar y que están separadas del registro médico).
- ____ Registros de abuso de alcohol y drogas protegidos por las Normas Federales sobre Confidencialidad (Federal Confidentiality Rules), Tit. 42, Parte 2 del Código de Reglamentos Federales (CFR, por sus siglas en inglés).
- LAS NORMAS FEDERALES PROHÍBEN CUALQUIER DIVULGACIÓN POSTERIOR DE ESTA INFORMACIÓN, SALVO QUE SE PERMITA EXPRESAMENTE MEDIANTE UNA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DE LA PERSONA A QUIEN PERTENECE DICHA INFORMACIÓN O, DE OTRO MODO, SEGÚN LO PERMITA EL TIT. 42, PARTE 2 DEL CFR.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

Dirección postal:

Medical Record Department
Harrison Avenue/ACC Basement
Boston, MA 02118

Fax: 617-414-4210 850
Teléfono: 617-414-4213

Entiendo que tengo derecho a retirar mi autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya actuado en virtud de esta autorización. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al director de Registros médicos. Entiendo que la autorización de la divulgación de esta información de salud es voluntaria, puedo negarme a firmar y Boston Medical Center no condicionará mi tratamiento, el pago, la inscripción en el plan de salud o la elegibilidad para los beneficios al hecho de que dé mi autorización para el uso o la divulgación solicitados. *Comprendo que la información de salud usada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una divulgación posterior por el destinatario y ya no estará protegida por las Normas Federales de Confidencialidad; no obstante, es posible que se le prohíba al destinatario divulgar información sobre abuso de sustancias.* Comprendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se divulgará por un costo razonable.

Si no especifica una fecha de caducidad o un evento y, salvo que se revoque de otro modo, esta autorización vencerá a los seis meses a partir de la fecha de la firma que aparece a continuación. He leído atentamente y comprendo todo lo anterior, me han explicado las preguntas a mi satisfacción y, en este documento, autorizo de forma expresa y voluntaria la divulgación de la información anterior sobre o los registros médicos de mi afección a las personas o agencias antes mencionadas.

Firma del paciente (mayor de 18 años) _____ **Fecha** _____

Nombre en letra de imprenta: _____

En el caso de un paciente menor de edad, o que no tiene capacidad para dar su consentimiento, se requiere la firma de uno de sus padres, tutor u otro representante legal.

Firma del representante legal _____ **Relación con el paciente:** _____ **Fecha** _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Haga una copia de esta divulgación para sus registros.

Solo para uso en el consultorio: ☐ Verificación de identidad _____