

AUTHORIZATION FOR THE DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

Página 1 de 2

- ☐ Community Healthlink
 ☐ HealthAlliance-Clinton Hospital
 ☐ Harrington Hospital
 ☐ UMass Memorial Medical Center
☐ UMass Memorial Medical Group | Location: _____
 ☐ Harrington Physicians | Location: _____

Por favor, escriba toda la información en letra de imprenta clara para poder tramitar su solicitud a tiempo.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Número de registro médico: _____
 Dirección postal: _____ P.O. Box / Apt. # / Suite #: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Número de teléfono preferido: _____

Por la presente autorizo a la entidad seleccionada arriba, a sus empleados, y/o agentes, a (SELECCIONE UNO):

- ☐ **Solicitar y recibir información** del proveedor de atención médica/organización especificada a continuación.
☐ **Divulgar** información de la historia clínica del paciente arriba mencionado al destinatario especificado a continuación.
☐ Marque aquí si los registros deben enviarse por correo al paciente a la dirección arriba indicada; de lo contrario, complete la información a continuación:

Nombre: _____
 Dirección postal: _____ P.O. Box / Apt. # / Suite #: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Número de teléfono: _____

EL PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN ES PARA:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Cita con un especialista | ☐ Abogado/Asunto jurídico | ☐ Comunicación verbal |
| ☐ Traspaso de la atención al nuevo proveedor | ☐ Invalidez/Formulario de solicitud/Reclamo | ☐ Uso personal |
| ☐ Cuidador/a | ☐ OTRO (especifique): _____ | ☐ Pre-empleo |

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN DE ABAJO (Elija uno):

Visita(s) INDIVIDUALES. Marque la casilla Resumen o Fecha de la visita completa. Su comunicado incluirá un:

- ☐ **Resumen de la fecha de cita.** Incluye elementos clave de una visita en una fecha(s) específica, entre ellos: informes, pruebas diagnósticas (laboratorios, radiografías, electrocardiogramas, pruebas de función pulmonar, lista de compatibilidad de medicamentos, alergias e informes transcritos por el proveedor). Un resumen contiene la información más solicitada y es más económico.
☐ **Fecha de la visita completa.** Incluye toda la documentación relacionada con una(s) visita específica en una fecha(s). **Por favor, incluya la fecha del servicio.**

Fecha(s) desde: _____ Hasta: _____

Servicios específicos. Si desea recibir SÓLO copias de servicios específicos, marque SÓLO el tipo de informe que solicita e indique la fecha/intervalo (en que se produjeron los servicios) en la línea siguiente.

Fecha(s) desde: _____ Hasta: _____

- | | |
|---|---|
| ☐ ConsultaS | ☐ Informe(s) patológico(s) |
| ☐ Resúmenes de alta | ☐ Informe(s) radiológico(s) |
| ☐ Registros del servicio de urgencias | ☐ Imágenes radiológicas |
| ☐ Registros de vacunación | ☐ Rehabilitación: terapia física, ocupacional, del habla |
| ☐ Informes de laboratorio (análisis de sangre) | ☐ Otra (especifique): _____ |
| ☐ Notas de consultorio/clínica para _____ | ☐ Otra (especifique): _____ |
| ☐ Informe(s) Operativo(s)/Procedimiento(s) | ☐ Otra (especifique): _____ |

PROTEGIDA POR LAS LEYES ESTATALES O FEDERALES

Entiendo que mi historial médico puede incluir información relacionada con mi salud mental, trastorno por consumo de alcohol/sustancias, agresión sexual, enfermedades de transmisión sexual, aborto, pruebas genéticas, VIH/SIDA, violencia doméstica u otra información que pueda considerar delicada. **Debe marcar la casilla junto a los tipos de contenido a continuación o NO se divulgará esa información.**

- | | |
|--|--|
| ☐ Aborto - Formularios de consentimiento u órdenes judiciales | ☐ Asesoramiento sobre violencia doméstica |
| ☐ Resultados de pruebas de detección genética | ☐ Asesoramiento sobre agresiones sexuales |
| ☐ Resultados de pruebas de VIH/SIDA | ☐ Enfermedades de transmisión sexual |
| ☐ Detalles del diagnóstico y/o tratamiento de salud mental proporcionado por un psicólogo, psiquiatra, enfermero clínico de salud mental, consejero de salud mental licenciado y trabajador social licenciado | |
| ☐ Trastorno por consumo de alcohol/sustancias psicoactivas | |

Por favor, continúe en el reverso

COMPRENDO QUE:

- Esta autorización es voluntaria. No tengo que firmar para asegurar el tratamiento a menos que el único propósito del tratamiento sea proporcionar información a un tercero (ejemplo: examen físico para empleo).
- Según el Aviso Conjunto de Prácticas de Información, tengo derecho a inspeccionar o solicitar copias de mi historia clínica. Se deben hacer arreglos para inspeccionar mi expediente médico in situ; por favor, póngase en contacto con el Departamento de Gestión de Información de Salud (información a continuación).
- Cualquier divulgación conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada. Libero a UMass Memorial Health Care y a sus entidades de cualquier responsabilidad legal que pueda surgir de la divulgación o redivulgación de esta información.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito a Health Information Management en la dirección indicada más abajo. La revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. La revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar una reclamación en virtud de mi póliza.
- Mis expedientes sobre trastornos por consumo de alcohol/sustancias pueden estar protegidos por las normas federales que rigen la Confidencialidad de los expedientes de pacientes que abusan del alcohol y las drogas, 42 CFR Parte 2, y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito, a menos que las normas dispongan lo contrario. También comprendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado decisiones basándose en él, y que en cualquier caso este consentimiento expira según se indica en la sección «Expiración de la autorización» del formulario que aparece a continuación. (Si no sabe si esto es aplicable a sus registros, póngase en contacto con la oficina de su proveedor o con la línea directa de privacidad en el 508-334-5551).

EXPIRACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:

A menos que sea revocada, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición: _____.

Si no especificó una fecha de expiración, evento o condición, esta autorización será válida por no más de noventa (90) días a partir de la fecha de la firma a continuación, excepto cuando las regulaciones Federales y/o Estatales especifiquen lo contrario. En tales situaciones, se aplicará el plazo más corto.

Formato solicitado para la recepción de historiales médicos

Por lo general, las copias están disponibles en un plazo de 10 días laborables, dependiendo de los registros solicitados.

SELECCIONE UNA DE LAS OPCIONES SIGUIENTES:

RECOGER	CORREO	PORTAL DEL PACIENTE	FAX	Email
☐ Copias en papel ☐ CD ☐ Flash Drive Ubicación: _____	☐ Copias en papel ☐ CD ☐ Flash Drive *Superiores a 100 páginas pasarán por defecto a CD*	☐ Cuando esté disponible y sólo si el paciente ha activado su cuenta	☐ Fax: _____ Límite de 50 páginas	☐ Dirección del eMail: _____
Tarifa por copia: De conformidad con la ley HIPAA 45 CFR, 164.524, nos reservamos el derecho a cobrar una tarifa razonable basada en los costes por la producción y el envío de las copias. En ningún momento las tarifas basadas en los costes excederán la ley de Massachusetts (MGL Capítulo 111; Sección 70).				

* Si desea que otra persona que no sea usted (el paciente) recoja su historial médico, indique el nombre y el parentesco:

Nombre: _____ Parentesco: _____

****Se requiere una identificación con foto para recoger las copias de los registros médicos****

He rellenado todas las secciones de este formulario. He leído y comprendo las declaraciones anteriores, y autorizo la divulgación de la información solicitada en el reverso de este formulario.

_____ Firma del paciente/padre/representante legal*	_____ Nombre impreso	_____ Fecha
Relación del firmante con el paciente: _____		

***Si firma como representante legal, facilite también la documentación adecuada que acredite su estatus.**

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el centro correspondiente o con la consulta médica en la que recibe atención.

UMass Memorial Health

C/O Health Information Management
67 Millbrook Street, Suite 200
Worcester, MA 01606
Tel 508-334-5700 opt. 1
Fax 508-334-9717

UMass Memorial Medical Group

C/O Community Practices
367 Plantation Street
Worcester, MA 01605
Tel 508-334-1438
Fax 508-334-1448

UMass Memorial-Community Healthlink

C/O Compliance Department
72 Jaques Avenue
Worcester, MA 01610
Tel 508-860-1016
Fax 508-752-1379

****Debe entregarse al paciente una copia de la autorización cumplimentada.****