UMASS MEMORIAL HEALTH

AUTHORIZATION FOR THE DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

(SPANISH)

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

POR FAVOR, SELECCIONE TODAS LAS ENTIDADES QUE CORRESPONDA

☐ Community Healthlink
☐ UMass Memorial Medical Center
☐ UMass Memorial Medical Group
Ubicación: _____

☐ HealthAlliance-Clinton Hospital
☐ Harrington Hospital
☐ Harrington Physicians
Ubicación: _____

☐ Milford Regional Medical
☐ Milford Regional Provider Group
Ubicación: _____

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):

☐ Marque aquí para divulgar los registros al paciente.
☐ **Divulgar** la información del historial médico del paciente mencionado anteriormente al destinatario especificado a continuación.
☐ **Solicitar y recibir** información **de** la organización, departamento o persona especificada a continuación.
☐ Marque aquí para divulgar los registros a la dirección del paciente mencionada anteriormente o proporcione una dirección diferente a continuación:

Nombre: _____

Dirección postal: _____ P.O. Box / Apt. # / Suita #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono preferido: _____

EL PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN ES PARA: ☐ Abogado/Asunto jurídico ☐ Atención continua
☐ Invalidez/Formulario de solicitud/Reclamo ☐ Uso personal ☐ Pre-empleo
☐ **OTRO (especifique):** _____

POR FAVOR, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN (Elija una opción):

Visita(s) INDIVIDUALES.

Fecha(s) desde: _____ *Hasta:* _____

☐ **Resumen de la fecha de visita.** 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.

☐ **Visita completa en una fecha.** Incluye toda la documentación relacionada con una(s) visita especifica en una fecha(s). ***Por favor, incluya la fecha del servicio.***

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:* _____

☐ Consutas	☐ 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)	☐ Otro (especifique):
☐ Notas de consultorio/clínica para _____	☐ Otro (especifique):
☐ Informe(s) Operativo(s)/Procedimiento(s)	☐ Otro (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
☐ Resultados de pruebas de detección genética
☐ Resultados de pruebas de VIH/SIDA
☐ Asesoramiento sobre violencia doméstica
☐ Asesoramiento sobre agresiones sexuales
☐ Enfermedades de transmisión xseual
☐ Comunicación del diagnóstico y/o tratamiento de salud mental proporcionado por un psicólogo, psiquiatra, enfermero clínico especializado en salud mental, consejero de salud mental autorizado y trabajador social autorizado
☐ El tratamiento del trastorno por consumo de alcohol/sustancias

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 medidas 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 especifico 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 ☐ Memoria USB ☐ Disco compacto Ubicación: _____	☐ Copias en papel ☐ Memoria USB ☐ Disco compacto * Más de 100 páginas se guardarán por defecto en una memoria USB*	☐ Cuando esté disponible y sólo si el paciente ha activado su cuenta	☐ Fax: _____ Limite 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-Community Healthlink
C/O Community Healthlink
67 Millbrook Street
Worcester, MA 01606
Tel 508-860-1016
Fax 508-752-1379

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

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