

Autorización para revelar información personal sobre la salud

Por medio de la presente autorizo a los Hospitales de HealthAlliance, sus empleados y/o agentes a revelar información de la historia médica de:

Nombre del paciente: Nombre : _____ Inicial(MI) : _____ Apellido: _____ Sexo: M / F
En imprenta, por favor Circule uno

Dirección: _____ Piso/ Apt#: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono #: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor entregue A mí Médico Seguro y/o Abogado-Este tipo de solicitud debe ser hecha
 el historial a: Para continuación de cuidado a través del departamento de Historias Médicas.

Nombre: _____

Dirección: _____ Apartado Aéreo/oficina #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono #: _____ Fax #: _____

**Si necesita los filmes de resonancia magnética (MRI) por favor solicítelos a
 "Shields" 1-800-258-4674 presione 3**

Me gustaría solicitar las laminillas/bloques de patología y/o filmes de Radiología /CD/Reporte(s)
 Por favor permítanos 24 horas hábiles (de lunes a viernes horas de oficina) para procesar su solicitud.
 Por favor marque todo lo que necesita:

Patología Laminilla(s)/Bloque(s) Fecha(s) de servicio(s): _____
 Debe recoger todo lo relacionado con Patología en el Departamento de Historias Médicas

Fecha en que los necesita: _____ Tipo de bloque/laminilla: _____

Radiología Filme(s)/CD/Reportes Fecha(s) de Servicio: _____
 Fecha en que los necesita: _____ Placas de: _____

Las placas se deben recoger en el Departamento de Radiología. Los CDs y placas se pueden recoger también en el Departamento de Radiología del Hospital Burbank si es más conveniente para usted. Por favor indique al reverso de este formulario cual es su sitio de preferencia.

Por favor llame al Departamento de Radiología *con anticipación* para asegurarse de que estén listas cuando venga a recogerlas. (978-466-2689 - Leominster)

Los Filmes originales **DEBEN** ser devueltos a HealthAlliance.

Al firmar este formulario usted acepta la responsabilidad de devolver esos filmes.

Paciente...por favor continúe al reverso

Radiology Staff ONLY
Date Sent / Picked Up: _____
Number of Pages Sent: _____
Processor's Initials: _____

Nombre del paciente: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria.
- Yo tengo el derecho de revisar o copiar la información que se va a revelar cómo lo dice en la nota de información. Debo hacer arreglos para ir al hospital a revisar mi historia clínica llamando al Departamento de Información sobre la Salud (Health Information Services Department) 978-466-2834
- Las fotocopias de esta información podrían tener un costo de acuerdo a la Ley General de Massachusetts, Capítulo 11, Sección 70
- Puede existir el riesgo de que se revele esta misma información sin autorización. Yo libero a HealthAlliance de cualquier responsabilidad legal que pudiera surgir en caso de que esto pasara.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito al Departamento de Información sobre la Salud (Health Information Services Department) a la dirección que aparece abajo. Esta revocación no se aplicará a la información que ya haya sido revelada en respuesta a esta autorización. Esta revocación no aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley le da a mi asegurador el derecho de disputar un reclamo bajo mi póliza.

Vencimiento de la autorización: A menos que sea revocada, esta autorización se vencerá en la siguiente fecha, evento o condición. Si no se especifica una fecha, evento o condición para el vencimiento de esta autorización, su validez será de no más de 90 días a partir de la fecha en que se firme, excepto cuando los reglamentos estatales o federales lo especifiquen de otra manera

La razón para esta solicitud es: (marque una)

Continuar tratamiento médico Uso personal

Si hay alguna otra razón por favor refiera los pacientes al Departamento de Historias Médicas (HIS)

Solicitud para la entrega:

Se requiere identificación con foto para recoger placas/CD o reportes de Radiología y/o laminillas de patología/bloques

Para recoger solamente: Usted Otra persona * (indique quién y relación)

* Si otra persona que no es el paciente va a recoger placas, CD/laminillas de patología o bloques por favor escriba el nombre y la relación con el paciente abajo:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Por favor especifique dónde

Placas(s)/CD(s)/Reporte(s) – Recoger en el Departamento de Radiología Leominster o Burbank

Laminillas/bloques de patología– Deben recogerse y devolverse al Departamento de Patología –
En el Campus de Leominster solamente

Por favor recoja los reportes de Patología en el depto. de Historias Médicas

Por favor llame a Patología (978-466-2860), *antes de venir*, para asegurarse de que estén listos cuando llegue.

He llenado todas las secciones de este formulario. He leído y entendido toda la información y doy autorización para que se suministre la información que se pide al reverso de este formulario

Firma del paciente / Padre / Guardián Legal

Fecha

Relación con el paciente

Por favor envíe su solicitud por correo o fax a :

HealthAlliance Hospital
60 Hospital Road
Leominster, MA 01453

Attn: Radiology
Radiology Fax @ Leominster Campus: (978) 466- 4789

Attn: Pathology
Pathology Fax @ Leominster Campus ONLY: (978) 466- 2210