

**UMASS MEMORIAL HEALTH CARE  
AUTHORIZATION FOR THE DISCLOSURE  
OF PROTECTED HEALTH INFORMATION  
(SPANISH)  
Page 1 of 2**

- UMass Memorial Medical Center
- UMass Memorial - Community Healthlink
- UMass Memorial HealthAlliance-Clinton Hospital
- UMass Memorial - Marlborough Hospital
- UMass Memorial Medical Group - Location: \_\_\_\_\_

**PATIENT TO COMPLETE THIS SECTION:**

FULL NAME: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_

BIRTHDATE/AGE: \_\_\_\_\_

SEX: \_\_\_\_\_

HAR/CSN: \_\_\_\_\_

**PRINT CLEARLY IN INK OR IMPRINT WITH PATIENT'S CARD**

**Por este medio, autorizo a la entidad seleccionada anteriormente, a sus empleados o a sus representantes a hacer lo siguiente (SELECCIONE UNA OPCIÓN):**

- Solicitar y recibir** información de parte de la organización o del proveedor de atención médica especificados a continuación.
- Divulgar información** del expediente médico del paciente mencionado más arriba al receptor especificado a continuación.

- Mí mismo** (ver más arriba)     **Proveedor de atención médica** (sin cargos si se envía directamente al consultorio del médico)     **Organización/Persona/Otro** (compañía de seguros, abogado, etc.)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Apartado postal/N.º de suite: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**EL PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN ES EL SIGUIENTE:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Consulta con un especialista                      | <input type="checkbox"/> Abogado/Caso jurídico                    | <input type="checkbox"/> Comunicaciones verbales      |
| <input type="checkbox"/> Transferencia de la atención a un nuevo proveedor | <input type="checkbox"/> Discapacidad/Solicitud de seguro/Reclamo | <input type="checkbox"/> Uso personal                 |
| <input type="checkbox"/> Cuidador  | <input type="checkbox"/> <b>OTRO (especificar):</b> _____         | <input type="checkbox"/> Cuestiones previas al empleo |

**TARIFA DE COPIAS:** Conforme a la sección 164.524 del título 45 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa razonable basada en los costos para hacer las copias y enviarlas por correo. En ningún momento, las tarifas basadas en los costos superarán lo estipulado por la ley de Massachusetts (sección 70 del capítulo 111 de las Leyes Generales de Massachusetts [Massachusetts General Laws, MGL]).

**Indicaciones:** Seleccione UNA de las tres opciones a continuación marcando la casilla correspondiente.

**1. Consultas individuales.** Marque la casilla Resumen de la consulta o Consulta completa.

- Resumen de la consulta.** Incluye los elementos fundamentales de una consulta específica en una fecha determinada; por ejemplo: informes, pruebas diagnósticas (análisis de laboratorio, radiografías, ECG, pruebas de la función pulmonar [pulmonary function tests, PFT], lista de conciliación de medicamentos, alergias e informes transcritos del proveedor de atención médica). Un resumen incluye la información solicitada con mayor frecuencia y es menos costoso.
- Consulta completa.** Incluye toda la documentación relacionada con una consulta específica en una fecha determinada.

Fechas desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

**2. Servicios específicos.** Si desea recibir SOLO copias de servicios específicos, marque SOLO los tipos de informes que solicita y suministre la fecha/el intervalo de fechas (cuándo se prestaron los servicios) en la línea que aparece a continuación.

Fechas desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Estudios cardíacos: corazón                             | <input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos/de procedimientos                               |
| <input type="checkbox"/> Consultas   | <input type="checkbox"/> Informes de patología  |
| <input type="checkbox"/> Resúmenes de alta hospitalaria                          | <input type="checkbox"/> Formularios de atención médica tras el alta del paciente             |
| <input type="checkbox"/> Pruebas neurológicas: EEG, EMG, estudios del sueño      | <input type="checkbox"/> Estudios del pulmón: pruebas de la función pulmonar                  |
| <input type="checkbox"/> Registros de servicios de emergencia                    | <input type="checkbox"/> Informes radiológicos  |
| <input type="checkbox"/> Registros de vacunación                                 | <input type="checkbox"/> Rehabilitación: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio (análisis de sangre)            | <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____  |
| <input type="checkbox"/> Notas clínicas/de consultorio para el Dr./la Dra. _____ | <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____  |

**3. Expediente médico completo.** Marque UNA DE LAS DOS CASILLAS que aparecen a continuación Resumen del expediente médico completo o Expediente médico completo.

*Nota: Las casillas Resumen del expediente médico completo o Expediente médico completo podrían incluir más de veinte (20) años de registros desde la fecha de su última consulta.*

- Resumen del expediente médico completo.** Incluye los elementos fundamentales de una consulta específica en una fecha determinada; por ejemplo: informes, pruebas diagnósticas (análisis de laboratorio, radiografías, ECG, pruebas de la función pulmonar [pulmonary function tests, PFT], lista de conciliación de medicamentos, alergias e informes transcritos del proveedor de atención médica). Un resumen incluye la información solicitada con mayor frecuencia y es menos costoso.
- Expediente médico completo.** Incluye toda la documentación del expediente médico completo de un paciente. Tenga en cuenta que elegir esta opción puede generar un costo considerable por la preparación de los registros.

**PROTECCIÓN CONFORME A LA LEY ESTATAL O FEDERAL**

Entiendo que mi expediente médico puede incluir información relacionada con la salud mental, los trastornos de consumo de alcohol o de sustancias, la agresión sexual, las enfermedades de transmisión sexual, el aborto, las pruebas genéticas, el VIH/sida, la violencia doméstica u otra información que yo podría considerar confidencial. **Debe colocar sus iniciales junto a los siguientes tipos de contenido o dicha información NO se divulgará.**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| ___ Aborto: formularios de consentimiento u órdenes judiciales  | ___ Resultados de pruebas genéticas       | ___ Terapia por agresión sexual        |
| ___ Terapia por violencia doméstica   | ___ Resultados de las pruebas de VIH/sida | ___ Enfermedades de transmisión sexual |
| ___ Detalles de diagnóstico de salud mental o de tratamiento proporcionado por un psicólogo, psiquiatra, enfermero clínico especializado en salud mental, terapeuta certificado de salud mental y trabajador social certificado |   |  |
| ___ Trastorno de consumo de alcohol o de sustancias; debe especificarse la naturaleza exacta de la información necesaria: _____   |   |  |

\_\_\_ **OTRO (especificar):** \_\_\_\_\_

Continúa en el reverso



**ENTIENDO LO SIGUIENTE:**

- Esta autorización es voluntaria. No tengo que firmar para garantizar el tratamiento, a menos que el único propósito del tratamiento sea proporcionar información a un tercero (por ejemplo: examen físico para el empleo).
- Conforme al Aviso conjunto de prácticas de información (Joint Notice of Information Practices), tengo derecho a inspeccionar o a solicitar copias de mis expedientes médicos. Se debe coordinar la inspección de mis expedientes médicos en el lugar. Comuníquese con el Departamento de Administración de Información de Salud (Health Information Management Department) (la información aparece más abajo).
- Cualquier divulgación conlleva la probabilidad de que se vuelva a divulgar sin autorización. Libero a UMass Memorial Health Care y a sus entidades de cualquier responsabilidad legal que pudiera surgir de la divulgación o de una nueva divulgación de esta información.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito ante el Departamento de Administración de Información de Salud (Health Information Management) en la dirección que figura más abajo. La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Tampoco se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar un reclamo conforme a mi póliza.
- Mis expedientes sobre trastornos de consumo de alcohol o de sustancias pueden estar protegidos por las reglamentaciones federales que rigen la Confidencialidad de los Expedientes de Consumo de Alcohol y Drogas de los Pacientes (Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records), parte 2 del título 42 del CFR, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que las reglamentaciones dispongan algo diferente. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya llevado a cabo alguna acción conforme a este y que, en cualquier caso, este consentimiento vence según se indica a continuación en la sección "Vencimiento de la autorización" del formulario. (Si no sabe si esto se aplica a sus expedientes, comuníquese con el consultorio de su proveedor de atención médica o con la Línea directa de privacidad llamando al 508-334-5551.)

**VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN:**

A menos que se revoque de otro modo, esta autorización vencerá en la siguiente fecha o si se produce el siguiente acontecimiento o condición: \_\_\_\_\_  
 Si no especifico una fecha de vencimiento, un acontecimiento ni una condición, esta autorización será válida por un máximo de noventa (90) días desde la fecha de la firma que aparece a continuación, excepto cuando las reglamentaciones federales o estatales especifiquen algo diferente. En dichas situaciones, se aplicará el período más corto.

**Formato solicitado para la recepción de los expedientes médicos**  
*Generalmente, las copias están disponibles dentro de los 10 días hábiles según los expedientes solicitados.*

<p><b>RETIRO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Copias impresas</p>	<p><b>CORREO POSTAL</b></p> <p><input type="checkbox"/> Copias impresas <input type="checkbox"/> Correo electrónico</p>	<p><b>PORTAL DEL PACIENTE*</b></p> <p><input type="checkbox"/> *Cuando esté disponible y solo si el paciente ha activado su cuenta</p>	<p><b>VERBAL</b></p> <p><input type="checkbox"/></p>
--	---	--	--

\*Si desea que alguien además de usted (el paciente) retire su expediente médico, indique su nombre y la relación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**\*\*Cuando se retiran copias de expedientes médicos, se solicita identificación con fotografía.\*\***

Completé todas las secciones de este formulario. He leído y entiendo las declaraciones anteriores y autorizo la divulgación de la información que se solicitó en la primera página de este formulario.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente/padre/madre/representante legal\*

\_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Relación del firmante con el paciente: \_\_\_\_\_

\*Si está firmando como representante legal, suministre también la documentación correspondiente que respalde dicha condición.

Si tiene preguntas, comuníquese con el centro correspondiente que aparece a continuación o con el consultorio médico donde recibe atención.

**UMass Memorial Health Care**  
 C/O Health Information Management  
 55 Lake Avenue North  
 Worcester, MA 01655  
 Tel 508-334-5700 opt. 1  
 Fax 508-334-9721

**UMass Memorial-Community Healthlink**  
 C/O Compliance Department  
 72 Jaques Avenue  
 Worcester, MA 01610  
 Tel 774-312-2700  
 Fax 508-860-1023

**UMass Memorial Medical Group**  
 C/O Community Practices  
 367 Plantation Street  
 Worcester, MA 01605  
 Tel 508-334-1438  
 Fax 508-334-1448

**\*\*Se debe entregar al paciente una copia de la autorización completa.\*\***

