



999860

Autorización para divulgar información de salud protegida (PHI)

(Elija la ubicación del paciente)

- ☐ Boston Medical Center
- ☐ Brockton Behavioral Health
- ☐ Boston Medical Center – Brighton
- ☐ Otro _____
- ☐ Boston Medical Center – South

Dirección postal:

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

Fax: 617-414-4210
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 expediente médico: _____

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 Health System a divulgar mi información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) de la siguiente manera (seleccione un método por solicitud):

☐ Enviar por correo a: ☐ Retener para que lo recoja: ☐ Por fax (solo a centros de salud): _____ ☐ Por correo electrónico: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

MARQUE EL FORMATO EN EL QUE PREFIERE RECIBIR SUS EXPEDIENTES MÉDICOS: ☐ PAPEL ☐ ELECTRÓNICO
PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN (marque uno):

☐ Para mí ☐ Revisión ☐ Cambio de médicos ☐ 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):

☐ Resumen del expediente médico (p. ej., Depto. de Emergencias, historia clínica y examen físico, informe quirúrgico, resumen del alta, consultas, análisis de laboratorio, radiografías, patología): _____

☐ Notas clínicas: _____ ☐ Informes de patología _____

☐ Informes de consultas: _____ ☐ Informes de imágenes por resonancia magnética (IRM) _____

☐ Historial de medicamentos: _____

☐ Expedientes completos: _____ ☐ Expediente del Depto. de Emergencias _____

☐ Comunicación oral: _____ ☐ Otro (especifique el 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 SOLICITUD DE DIVULGACIÓN)

____ Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

____ Agresión sexual en la Mancomunidad de Massachusetts

____ Asesoramiento por violencia doméstica

____ Detalles del tratamiento de salud mental por parte de un psiquiatra, psicólogo, especialista en enfermería clínica, trabajador social autorizado o asesor de salud mental autorizado

____ Resultados de pruebas genéticas

____ Kit de recolección de evidencia/Asesoramiento por agresión sexual

____ Asesoramiento a víctimas de violación

Para obtener expedientes médicos relacionados con trastornos por consumo de sustancias, complete la AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS RELACIONADOS CON EL TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (SUBSTANCE USE DISORDER, SUD).



999860

Autorización para divulgar información de salud protegida (PHI)

Dirección postal:

Medical Record Department Fax: 617-414-4210
850 Harrison Avenue/ACC Basement Teléfono: 617-414-4213
Boston, MA 02118

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, para retirar la autorización, debo escribir una carta al director de Gestión de la Información de Salud y llevarla o enviarla por correo a la dirección antes mencionada. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario, que puedo negarme a firmar, y que Boston Medical Center no condicionará mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud ni mi elegibilidad para beneficios a que yo otorgue la autorización para el uso o la divulgación solicitados. *Entiendo que la información de salud utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y dejar de estar protegida por las regulaciones federales de confidencialidad.* Entiendo que puedo revisar o copiar la información que se divulgará por un costo razonable.

Fecha o evento de vencimiento de esta autorización: ____/____/20____ **O Evento** _____

Si no especifico un evento o fecha de vencimiento y, salvo que se revoque de otro modo, esta autorización vencerá **seis meses** después de la fecha de la firma que figura 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 o de 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 _____ **Tipo de autoridad*:** _____ **Fecha** _____

Nombre en letra de imprenta: _____

* Si no es padre/madre de un menor de edad, adjunte un documento legal que demuestre su autoridad para firmar (por ejemplo, como representante de atención médica o tutor).

Solo para uso administrativo: ☐ Verificación de identificación _____