

**AUTORIZACIÓN PARA EXPEDIR / RECIBIR
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
(AMPARADA POR LEY)**

*AUTHORIZATION FOR RELEASE/RECEIPT OF PROTECTED
OR PRIVILEGED HEALTH INFORMATION*

- EXPEDIR COPIAS DE HISTORIA CLÍNICA /**
RELEASE COPIES OF HEALTH / MEDICAL RECORD
 REVISAR HISTORIA CLÍNICA / REVIEW HEALTH/MEDICAL RECORD

PACIENTE: _____ <small>PATIENT NAME: NOMBRE / NAME APELLIDO / LAST NAME</small>		
NÚMERO DE REGISTRO MÉDICO: _____ <small>Patient Medical Record # (if addressograph stamp is not used)</small>		FECHA DE NACIMIENTO: _____ <small>Patient Date of Birth</small>
DIRECCIÓN DEL PACIENTE: Calle/Street: _____ Apartamento/Apt. # _____ <small>Patient Address</small>		
Ciudad/City: _____		Estado/State: _____ Código/Zip: _____
TELÉFONO: DÍA: () _____ <small>Telephone #: Day</small>	NOCHE: () _____ <small>Evening</small>	

Yo, _____ por medio del presente formulario autorizo a:
Nombre del paciente / Patient name
 _____ a expedir mi información médica protegida (amparada por ley),
Entidad o recinto / Facility
 incluyendo copias de la historia clínica de la atención médica que se me ha prestado en _____,
Entidad o recinto / Facility
 a las siguientes personas en las siguientes direcciones o entidades:

<p style="text-align: center;">Persona / o personas o entidad / Person(s) / Facility (Escriba nombre y dirección)</p> <p>1. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Por motivo de: (marque la casilla debida)</p> <p><input type="checkbox"/> Atención médica / Medical care</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro* / Insurance</p> <p><input type="checkbox"/> Asunto jurídico* / Legal matter</p> <p><input type="checkbox"/> Asunto personal* / Personal</p> <p><input type="checkbox"/> Entidad educativa / School</p> <p><input type="checkbox"/> Otro / Other (por favor detalle)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--

*** Por favor consulte la NOTIFICACIÓN de Partners para información sobre cobros por gastos de fotocopia que pudiera ocasionarle esta solicitud. **Las copias de fotografías pueden tener costo adicional.**

INFORMACIÓN A EXPEDIR / Information to be released (Marque el tipo de información y anote las fechas)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Apuntes de consulta / outpatient notes _____ | <input type="checkbox"/> Fotografías** / photographs _____ |
| <input type="checkbox"/> Informe de alta / discharge summary _____ | <input type="checkbox"/> Informes de radioterapia / radiation reports _____ |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio / lab reports _____ | <input type="checkbox"/> Radiografías o informes de radiología / X-rays/ scan reports _____ |
| <input type="checkbox"/> Informes de cirugía / operative reports _____ | <input type="checkbox"/> Otro / other (por favor detalle) _____ |
| <input type="checkbox"/> Informe de patología / pathology report _____ | |
| <input type="checkbox"/> Resumen de historia clínica (exámenes, informes de cirugía, consultas, pruebas, resumen clínico de alta)
<small>Medical Record Abstract (e.g. History & Physical, Operative Report, Consults, Test Reports, Discharge Summary):</small> | |

AUTORIZACIÓN PARA EXPEDIR INFORMACIÓN MÉDICA EXPLÍCITAMENTE PROTEGIDA (AMPARADA POR LEY)

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF SPECIFICALLY PROTECTED OR PRIVILEGED INFORMATION

Por favor marque una casilla (**Sí** o **No**) en cada uno de los siguientes puntos para indicar si autoriza que se expida ese tipo de información (si está en su historia clínica).

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Resultados de pruebas para VIH / <i>HIV test results</i> (REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA CADA SOLICITUD DE EXPEDIR/ <i>AUTHORIZATION REQUIRED FOR EACH REQUEST</i>) FECHAS / <i>DATES</i> : _____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Resultados de pruebas genéticas de <u>detección</u> / <i>genetic screening test results</i> TIPO DE PRUEBA / <i>SPECIFY TYPE OF TEST</i> : _____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Informes sobre consumo de alcohol o drogas, amparados por reglamento federal de confidencialidad <i>Alcohol and drug abuse records protected by Federal Confidentiality Rules 42 CFR Part 2</i> (EL REGLAMENTO FEDERAL PROHÍBE QUE ESTA INFORMACIÓN SE DIVULGUE DE NUEVO A MENOS QUE SE PERMITA EXPLÍCITAMENTE O QUE HAYA CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DE LA PERSONA DE QUIEN SE TRATE O SEGÚN LO PERMITA LA REGLA 42 CFR PARTE 2.) Esta autorización puede anularse solicitándolo por escrito o verbalmente.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Otros / <i>other(s)</i> : Por favor dé el detalle: _____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Detalles de diagnóstico o tratamiento de salud mental dado por un psiquiatra, psicólogo, enfermera especialista en salud mental, o personal clínico licenciado para salud mental (<i>Licensed Mental Health Clinician</i>). Entiendo que puede que no sea necesario obtener mi permiso para expedir mi historia clínica de salud mental si es con motivo de tramitar pagos.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Comunicaciones confidenciales con asistente social licenciado para salud mental / <i>Confidential communications with Licensed Social Worker</i>
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Detalles de asesoría para víctimas de violencia en el hogar / <i>Domestic Violence Victims' Counseling</i>
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Detalles de asesoría para víctimas de agresión sexual / <i>Sexual Assault Counseling</i>

Entiendo que:

- Puedo retirar esta autorización en cualquier momento entregando aviso por escrito al mismo Departamento o consultorio en el cual entregué esta autorización originalmente. La autorización puede retirarse excepto:
 - según se haya obrado de acuerdo con lo dispuesto en esta autorización,
 - si la autorización se obtiene como una condición de lograr cobertura de seguro, hay otras leyes que proveen al asegurador el derecho de impugnar reclamos bajo la póliza.
- Puedo rehusarme a firmar esta autorización. Si me rehúso a firmarla, eso no afectará mi tratamiento, pago, afiliación a plan de salud, ni posibilidad de ser considerado para recibir beneficios.
- La información expedida bajo esta autorización dejará de estar amparada por Partners HealthCare si es divulgada por la parte que la reciba.
- Esta autorización se vencerá automáticamente en 6 meses a menos que se detalle lo contrario: (*Specify if date of expiry is different than automatic 6 months:*) _____

He leído y entendido este documento y se han respondido todas mis preguntas satisfactoriamente; y por medio del presente autorizo explícita y voluntariamente que se expida la información aquí nombrada, o la historia clínica, sobre mi enfermedad, a aquellas personas o entidades aquí nombradas.

FIRMA DEL PACIENTE / *Patient's signature*: _____ **FECHA** / *Date*: _____

Escriba su nombre en letra de molde / *Print name*: _____

Si el paciente es menor de edad o si está incapacitado para autorizar, se exige la firma de uno de los padres, tutor legal u otra persona autorizada. (*If patient is a minor or unable to consent, parent, guardian or authorized signature is required*)

FIRMA AUTORIZADA / *Authorized signature* _____ **FECHA** / *Date*: _____

Escriba nombre en letra de molde / *Print name*: _____ **Parentesco** / *Relationship*: _____

Casilla de uso interno / For Internal Use Only

Information released by: _____ Date: _____

Clinic / Office: _____