

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

 Para copias de placas o películas
radiográficas llame al xxx-xxx-xxxx

A. DATOS DEL PACIENTE:			
NOMBRE COMPLETO: _____		FECHA DE NACIMIENTO: _____	
NÚMERO DE REGISTRO MÉDICO _____			
DIRECCIÓN:	CALLE: _____	APARTAMENTO #: _____	
	CIUDAD: _____	ESTADO: _____	ZONA POSTAL: _____
TELÉFONO DE CONTACTO #:	DÍA: () _____	NOCHE: () _____	

B. AUTORIZACIÓN PARA EXPEDIR: Yo autorizo para que se expida mi información médica protegida	
De: Nombre: _____ Dirección: _____ _____ Teléfono: _____ Enviado por: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico (correo seguro) Dirección de correo-e: _____	PARA: Nombre: _____ Dirección: _____ _____ Teléfono: _____ Facsímil: _____ Por motivo de: (marque la casilla debida) <input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Otro (detalle)* <input type="checkbox"/> Seguro* _____ <input type="checkbox"/> Asunto jurídico* _____ <input type="checkbox"/> Personal* <input type="checkbox"/> Entidad educativa * Las copias pueden tener costo

C. INFORMACIÓN A EXPEDIR (Seleccione todo lo que corresponda y anote la fecha):	
<input type="checkbox"/> Resumen de historia clínica / fechas _____ <i>(exámenes, informes de cirugía, consultas, pruebas, resumen clínico de alta)</i> <input type="checkbox"/> Apuntes de consultas / fechas _____ <input type="checkbox"/> Informe de alta / fechas _____ <input type="checkbox"/> Informe de laboratorio / fechas _____ <input type="checkbox"/> Informe de cirugía / fechas _____ <input type="checkbox"/> Informe de patología / fechas _____	<input type="checkbox"/> Informes de radioterapia / fechas _____ <input type="checkbox"/> Informes de radiología / fechas _____ <input type="checkbox"/> Fotografías / fechas (puede tener costo) _____ <input type="checkbox"/> Registros de facturación / fechas _____ <input type="checkbox"/> Otros (detalle y anote las fechas) _____ _____ _____ _____

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

D. Marque en la casilla correspondiente para indicar que Sí autoriza expedir esa información si se encuentra en su historia clínica:

- Sí **Resultados de pruebas para VIH (REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA CADA SOLICITUD).**
FECHAS: _____
- Sí **Resultados de pruebas genéticas (TIPO DE PRUEBA)** _____
- Sí **Informes sobre consumo de alcohol o drogas**, amparados por reglamento federal de confidencialidad (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.
- Sí **Otro(s):** Detalle _____
- Sí Detalles de diagnóstico o tratamiento de salud mental dado por un psiquiatra, psicólogo, enfermera especialista en salud mental o personal clínico licenciado para la salud mental. *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.*
- Sí Comunicaciones confidenciales con asistente social licenciado en salud mental.
- Sí Detalles de asesoría para víctimas de violencia en el hogar.
- Sí Detalles de asesoría para víctimas de agresión sexual.

E. Entiendo y acepto que:

- Mass General Brigham HealthCare System (PHS) no puede controlar cómo la parte recipiente usará o divulgará la información y que la leyes que amparan su confidencialidad en PHS podrían o no proteger esta información una vez que sea divulgada al recipiente.
- Esta autorización es voluntaria.
- Si me rehúso a firmar esta autorización, esto no afectará mi tratamiento, pago, afiliación a plan de salud, ni posibilidad de ser considerado para recibir beneficios.
- Puedo retirar esta autorización en cualquier momento entregando aviso por escrito al mismo Departamento o consultorio en el cual entregué esta autorización originalmente, excepto:
 - Si PHS ya obró de acuerdo con lo dispuesto en esta autorización (por ejemplo, si la información ya fue expedida, la misma no puede ser retirada).
 - Si la autorización se obtiene como una condición de lograr una cobertura de seguro, hay otras leyes que proveen al asegurador el derecho de impugnar reclamos bajo la póliza o la póliza misma
- Esta autorización se vencerá automáticamente 6 meses después de la fecha que fue firmada, a menos que se detalle lo contrario.
- Mis preguntas sobre esta autorización han sido respondidas

➤ **Firma del paciente:** _____ ➤ **Fecha:** _____

➤ **Escriba su nombre en letra de molde:** _____

Si el paciente es menor de edad o si está incapacitado para autorizar, se exige la firma de uno de los padres, tutor legal o representante legal.

Firma del Representante Legal: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra de molde: _____ **Parentesco del representante:** _____

For Internal Use Only

Information Released/Reviewed By: _____ Date _____

Clinic/Office: _____

Pick-up Identification:

_____ License _____ State ID _____ Passport _____ Other Photo ID _____