



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: _____
PATIENT NAME: NOMBRE / NAME APELLIDO / LAST NAME

NÚMERO DE REGISTRO MÉDICO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
Patient Medical Record # (if addressograph stamp is not used) Patient Date of Birth

DIRECCIÓN DEL PACIENTE: Calle/Street: _____ Apartamento/Apt. # _____
Patient Address

Ciudad/City: _____ Estado/State: _____ Código/Zip: _____

TELÉFONO: DÍA: () _____ NOCHE: () _____
Telephone #: Day Evening

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>Persona / o personas o entidad / <i>Person(s) / Facility</i> (Escriba nombre y dirección)</p> <p>1. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Por motivo de: (marque la casilla debida)</p> <p><input type="checkbox"/> Atención médica / <i>Medical care</i></p> <p><input type="checkbox"/> Seguro* / <i>Insurance</i></p> <p><input type="checkbox"/> Asunto jurídico* / <i>Legal matter</i></p> <p><input type="checkbox"/> Asunto personal* / <i>Personal</i></p> <p><input type="checkbox"/> Entidad educativa / <i>School</i></p> <p><input type="checkbox"/> Otro / <i>Other</i> (por favor detalle)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>2. _____</p> <p>_____</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 / <i>outpatient notes</i> _____	<input type="checkbox"/> Fotografías** / <i>photographs</i> _____
<input type="checkbox"/> Informe de alta / <i>discharge summary</i> _____	<input type="checkbox"/> Informes de radioterapia / <i>radiation reports</i> _____
<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio / <i>lab reports</i> _____	<input type="checkbox"/> Radiografías o informes de radiología / <i>X-rays/ scan reports</i> _____
<input type="checkbox"/> Informes de cirugía / <i>operative reports</i> _____	<input type="checkbox"/> Otro / <i>other</i> (por favor detalle) _____
<input type="checkbox"/> Informe de patología / <i>pathology report</i> _____	
<input type="checkbox"/> Resumen de historia clínica (exámenes, informes de cirugía, consultas, pruebas, resumen clínico de alta) <i>Medical Record Abstract (e.g. History & Physical, Operative Report, Consults, Test Reports, Discharge Summary):</i>	

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

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF SPECIFICALLY PROTECTED OR PRIVILEGED INFORMATION

Solicito se expida información de las categorías que he marcado con mis INICIALES en las siguientes casillas.

_____ (iniciales)	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> : _____
_____ (iniciales)	Resultados de pruebas genéticas de detección / <i>genetic screening test results</i> TIPO DE PRUEBA / <i>SPECIFY TYPE OF TEST</i> : _____
_____ (iniciales)	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.)
_____ (iniciales)	Otros / <i>other(s)</i> : Por favor dé el detalle: _____
Detalles confidenciales de/ <i>Confidential details of</i>	
_____	Psicoterapia (por un psiquiatra, psicólogo, o enfermera especialista en salud mental) <i>Psychotherapy</i>
_____	Asesoría o terapia por asistente social / <i>Social Work Counseling / Therapy</i>
_____	Asesoría para víctimas de violencia en el hogar / <i>Domestic Violence Victims' Counseling</i>
_____	Asesoría para víctimas de agresión sexual / <i>Sexual Assault Counseling</i>

Entiendo que:

- Puedo retirar mi autorización por escrito en cualquier momento entregando solicitud escrita al Director de gestión de información médica, o al Administrador en el consultorio de mi médico. Puedo retirar mi autorización excepto:
 - Cuando ya se ha obrado, y hasta el punto al que se haya obrado, acatando esta autorización;
 - Si la autorización se obtiene como condición para conseguir cobertura de seguro, otras leyes le dan al asegurador el derecho de impugnar reclamaciones hechas bajo la póliza
- Puedo rehusarme a firmar esta autorización. Si rehúso a firmar esta autorización eso no afectará mi tratamiento, pago, afiliación a plan de salud ni mi 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 recibe.
- Esta autorización se vencerá automáticamente en 6 meses a menos que se detalle lo contrario:

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 incapacitado para autorizar, se exige la firma de uno de los padres, tutor legal u otra persona autorizada. (If patient is 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: _____