

Carney Hospital

Solicitud del Paciente / Autorización para usar o revelar información médica protegida

N.º de expediente médico _____

Por la presente autorizo a **Carney Hospital** a utilizar o revelar la información médica protegida de mis expedientes médicos que se especifica abajo:

1) NOMBRE DEL PACIENTE: (En letra de molde) _____ Fecha de nacimiento: _____				
Dirección: _____				
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	
Número(s) de teléfono de contacto: _____				
Correo electrónico: (Si corresponde) _____				
2) LA INFORMACIÓN SE REVELARÁ A:				
Nombre de la persona o del centro (en letra de molde) _____				Fax n.º _____ N.º de teléfono _____
Dirección (en letra de molde)		Ciudad	Código Postal	
Correo electrónico: (Si corresponde) _____				

3) Método de entrega preferido -

- Correo electrónico
- Correo postal a la dirección indicada en el apartado 2 arriba
- Recepción en persona

4) Fechas de tratamiento desde: _____ **Hasta:** _____

5) EXPEDIENTES/INFORMES ESPECÍFICOS A REVELAR:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de admisión y examen físico | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Servicios de rehabilitación (fisioterapia [PT], terapia ocupacional [OT], terapia del habla) |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Informes de estudios de imagenología (especifique si es una tomografía computarizada [CT], radiografía, imagen por resonancia magnética [MRI]) | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Consulta | <input type="checkbox"/> Informes de patología | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Notas de la cirugía | _____ |
| <input type="checkbox"/> Informes de electrocardiograma (ECG) | | _____ |

6) REVELACIÓN RESTRINGIDA: No revelaremos la siguiente documentación **a menos que** usted marque la casilla correspondiente y proporcione una firma adicional:

Revelación	Firma	Revelación	Firma
<input type="checkbox"/> Documentación de los proveedores de salud mental/conductual*		<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas/Resultados de las pruebas*	
<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de detección de VIH/SIDA		<input type="checkbox"/> Bebidas alcohólicas Tratamiento*** o <input type="checkbox"/> abuso de sustancias	
<input type="checkbox"/> Comunicaciones confidenciales con un trabajador social		<input type="checkbox"/> Abuso y abandono de niños y adultos mayores	
<input type="checkbox"/> Orientación para víctimas de agresión sexual/violación		<input type="checkbox"/> Orientación para víctimas de violencia doméstica	
<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual			

* Esta autorización no es válida para el uso o revelación de notas de psicoterapia

** El término "pruebas genéticas" se refiere únicamente a las pruebas que determinan sus posibilidades futuras de desarrollar una enfermedad, no a las pruebas realizadas para diagnosticar una condición o problema actual.

*** Solo se aplica a los expedientes creados por un "individuo o entidad que se presenta como proveedor de diagnóstico de abuso de alcohol o drogas, tratamiento o remisión para tratamiento". (Código de Reglamentos Federales 42 [CFR] Parte 2) No se exige para los expedientes que se crean o mantienen en un centro médico general.

IMPORTANTE: ESTA AUTORIZACIÓN NO ES VÁLIDA SI NO SE COMPLETAN TODAS APLICABLE LAS CASILLAS Y SE FIRMA EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 2



Carney Hospital

Solicitud del Paciente / Autorización para usar o revelar información médica protegida

7) SOLICITUD DE EXCLUSIÓN:

Solicito que la o las siguientes admisiones/visitas se excluyan específicamente de esta solicitud _____
(especifique fechas de servicio).

8) PROPÓSITO DE REVELACIÓN:

Atención médica Legal Seguro Personal Otros _____

*Se pueden aplicar cargos

9) PLAZO: Esta Autorización permanecerá vigente durante un año o:

- Hasta que **Carney Hospital** atienda esta solicitud..
- Desde la fecha de la autorización hasta _____ el día de _____ de 20 _____
- Hasta que ocurra el siguiente evento: _____
- Otro: _____

10) REVOCACIÓN: Comprendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento solicitándola a **Carney Hospital** por escrito en la dirección indicada abajo. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que **Carney Hospital** reciba mi notificación por escrito. Comprendo que la revocación no tendrá efecto alguno sobre ninguna medida que **Carney Hospital** haya tomado amparándose en esta Autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

Gestión de la información médica

Carney Hospital

2100 Dorchester Ave.
Dorchester, MA 02124
617-296-4000

11) EFECTO SOBRE EL TRATAMIENTO/PAGO/INSCRIPCIÓN/ELEGIBILIDAD: Comprendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización por cualquier motivo; y que, al hacerlo, no se verán afectados el inicio, la continuación ni la calidad de mi tratamiento, el pago, la inscripción en el seguro de salud o la posibilidad de recibir beneficios en **Carney Hospital**.

12) POTENCIAL DE REVELACIÓN POSTERIOR: Comprendo que la persona que reciba mi Información Médica Protegida puede no estar obligada a cumplir con las leyes de privacidad federales y estatales, y que mi Información Médica Protegida podría dejar de estar protegida por la ley estatal y federal aplicable una vez que sea revelada por **Carney Hospital**.

13) ACCESO: Comprendo que, en determinadas circunstancias, **Carney Hospital** tiene derecho a negarme el acceso a la totalidad o a una parte de mi información médica protegida. El **Carney Hospital** me notificará por escrito tales denegaciones.

He leído y comprendido los términos de la presente Autorización y he tenido la oportunidad de formular preguntas sobre el uso o revelación de mi información médica. Con mi firma abajo, autorizo a **Carney Hospital**, con conocimiento de causa y de forma voluntaria, a utilizar o revelar mi información médica en la forma descrita arriba.

14) _____ Fecha _____
Firma del paciente

Nombre del paciente en letra de molde _____ Testigo _____

For Office Use: <input type="checkbox"/> I.D Verification _____
--

Firma del representante autorizado Si el paciente es menor de edad o no puede firmar esta Autorización:

15) _____ Fecha _____
Firma del representante personal

Nombre en letra de molde del representante del paciente _____ Relación con el paciente o autoridad para actuar en su nombre _____

Las preguntas sobre revelación deben dirigirse al director de gestión de información médica del hospital.

For Office Use:

- Copy of this authorization provided to the patient
- Copy of this authorization provided to the personal representative

IMPORTANTE: ESTA AUTORIZACIÓN NO ES VÁLIDA SI NO SE COMPLETAN TODAS APLICABLE LAS CASILLAS Y SE FIRMA EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 2

Signature of Personnel Completing Request

Print Name

Date

Time

