



## Autorización para usar y/o divulgar información de salud protegida

Solicitud completada por \_\_\_\_\_  (Methuen) FAX n.º 978-659-602 N.º de historia clínica \_\_\_\_\_

(Haverhill) FAX n.º 978-521-8529

Por este medio autorizo al Holy Family Hospital a usar y/o divulgar la Información de salud protegida de mi historia clínica que se especifica a continuación:

1) NOMBRE DEL PACIENTE: (Letra de imprenta) _____ Fecha de nacimiento: _____			
Dirección: _____			
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Número(s) de teléfono de contacto _____			
2) LA INFORMACIÓN SE DIVULGARÁ A:			Fax n.º _____ Teléfono n.º _____
Nombre de la persona o del centro (escriba en imprenta) _____			
Dirección (en imprenta) _____			
Ciudad	Estado	C. P.	

3) FECHAS DE TRATAMIENTO: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

### 4) REGISTROS/INFORMES ESPECÍFICOS A DIVULGAR:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de admisión y examen físico | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio  | <input type="checkbox"/> Servicios de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla) |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta                         | <input type="checkbox"/> Informes de estudios de imagenología (especifique si es TC, radiografía, RM) | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____   |
| <input type="checkbox"/> Sala de emergencias                      | <input type="checkbox"/> Informes de patología  | _____   |
| <input type="checkbox"/> Informes de electrocardiogramas          | <input type="checkbox"/> Notas de cirugía   | _____   |

5) DIVULGACIÓN RESTRINGIDA: **No** divulgaremos la siguiente documentación **salvo que** usted marque la casilla correspondiente y proporcione una firma adicional:

Divulgación	Firma	Divulgación	Firma
<input type="checkbox"/> Documentación de proveedores de servicios de salud mental/del comportamiento y por discapacidad*		<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas genéticas**	
<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de evaluación de VIH/SIDA		<input type="checkbox"/> Tratamiento por abuso de alcohol*** y/o <input type="checkbox"/> abuso de sustancias***	
<input type="checkbox"/> Comunicaciones confidenciales con un trabajador social		<input type="checkbox"/> Abuso y negligencia de menores o adultos mayores y abuso de un adulto con discapacidad	
<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 la divulgación de notas de psicoterapia

\*\* El término "pruebas genéticas" se refiere solo a aquellas pruebas que determinan sus futuras probabilidades de desarrollar una enfermedad y no a pruebas realizadas para diagnosticar una afección o problema actual. Esto incluye información relacionada con las pruebas realizadas a embriones generados mediante fertilización in Vitro (FIV).

\*\*\* Solo se aplica a registros creados por "una persona o entidad que se dedique a realizar diagnósticos, tratamientos o derivaciones para tratamiento en casos de abuso de alcohol o drogas". (42 CFR Parte 2) No incluye registros generados ni conservados por un centro médico general.

**IMPORTANTE: ESTA AUTORIZACIÓN NO SERÁ VÁLIDA SALVO QUE SE COMPLETEN TODOS LOS ESPACIOS Y EL FORMULARIO ESTÉ FIRMADO EN LA PÁG. 2**

6) SOLICITUD DE EXCLUSIÓN:

Solicito que la o las siguientes visitas de admisión se excluyan específicamente de esta solicitud \_\_\_\_\_ (especifique fechas de servicio).

7) PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

Atención médica     Jurídica     Seguro     Personal     Otro \_\_\_\_\_

8) PLAZO: Esta autorización permanecerá vigente durante un año o:

- Hasta que el HOLY FAMILY HOSPITAL cumpla con esta solicitud.
- Desde la fecha de la autorización hasta el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_\_
- Hasta que ocurra lo siguiente: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

9) **REVOCACIÓN:** Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento solicitándolo al HOLY FAMILY HOSPITAL por escrito a una de las direcciones que se incluyen a continuación. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que el HOLY FAMILY HOSPITAL reciba mi notificación por escrito. Entiendo que la revocación no tendrá efecto alguno sobre ninguna medida que el HOLY FAMILY HOSPITAL haya tomado amparándose en esta Autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

Holy Family Hospital  
 HIM Department  
 70 East Street  
 Methuen, MA 01844

Holy Family Hospital at Merrimack Valley  
 HIM Department  
 140 Lincoln Avenue  
 Haverhill, MA 01830

10) **EFFECTO SOBRE EL TRATAMIENTO:** Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización por cualquier motivo, y que al hacerlo no resultarán afectados el inicio, la continuación ni la calidad de mi tratamiento en el HOLY FAMILY HOSPITAL.

11) **POTENCIAL DE REDIVULGACIÓN:** Entiendo que la persona que reciba mi Información de salud protegida podría no estar obligada a cumplir con las leyes de privacidad federales y estatales y que mi Información de salud protegida podría dejar de estar protegida por las leyes estatales y federales correspondientes una vez que el HOLY FAMILY HOSPITAL la divulgue.

12) **ACCESO:** Entiendo que, en determinadas circunstancias, el HOLY FAMILY HOSPITAL tiene derecho a negarme el acceso a la totalidad o a partes de mi Información de salud protegida. El HOLY FAMILY HOSPITAL me notificará tales denegaciones por escrito.

He leído y comprendo las cláusulas de la presente Autorización y he tenido oportunidad de formular preguntas acerca del uso y divulgación de información relativa a mi salud. Mediante mi firma a continuación, autorizo consciente y voluntariamente al HOLY FAMILY HOSPITAL a usar y divulgar la información relativa a mi salud de la manera descrita anteriormente.

13) \_\_\_\_\_ Fecha

Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Testigo

Para uso de la oficina:

Verificación de I.D. \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad o no puede firmar esta Autorización, obtenga las siguientes firmas:

14) \_\_\_\_\_ Fecha

Firma del representante personal

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta del representante del paciente

15) \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente o autoridad para actuar por el paciente

Las preguntas sobre divulgación deben dirigirse al Depto. de Gestión de información de salud del hospital:  
**Campus de Methuen - 978-687-0156 ext. 4238/2481    Campus de Haverhill – 978-521-8525**

Para uso interno:

- Copia de esta autorización entregada al paciente
- Copia de esta autorización entregada al representante personal

Actualización: septiembre de 2014

**IMPORTANTE: ESTA AUTORIZACIÓN NO SERÁ VÁLIDA SALVO QUE SE COMPLETEN TODOS LOS ESPACIOS Y EL FORMULARIO ESTÉ FIRMADO EN LA PÁG. 2**