

Norwood Hospital

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 Norwood 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 Norwood Hospital por escrito en la dirección indicada abajo. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que Norwood Hospital reciba mi notificación por escrito. Comprendo que la revocación no tendrá efecto alguno sobre ninguna medida que Norwood Hospital haya tomado amparándose en esta Autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

Gestión de la información médica
Norwood Hospital
800 Washington Street
Norwood, MA 02062

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 Norwood 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 Norwood Hospital.

13) ACCESO: Comprendo que, en determinadas circunstancias, Norwood Hospital tiene derecho a negarme el acceso a la totalidad o a una parte de mi información médica protegida. El Norwood 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 Norwood 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:
 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 LAS CASILLAS Y SE FIRMA EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 2

Signature of Personnel Completing Request Print Name Date Time



