



## NASHOBA VALLEY MEDICAL CENTER

### Autorización para usar o revelar información médica protegida

N.º de expediente médico \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a NASHOBA VALLEY MEDICAL CENTER 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) \_\_\_\_\_

Dirección (en letra de molde) Ciudad Estado Código Postal

Correo electrónico: (Si corresponde) \_\_\_\_\_

Fax n.º \_\_\_\_\_

N.º de teléfono \_\_\_\_\_

**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:**

- Antecedentes de admisión y examen físico
- Resultados de laboratorio
- Servicios de rehabilitación (fisioterapia [PT], terapia ocupacional [OT], terapia del habla)
- Resúmen del alta
- Informes de estudios de imagenología (especifique si es una tomografía computarizada [CT], radiografía, imagen por resonancia magnética [MRI])
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_
- Sala de emergencias
- Informes de patología \_\_\_\_\_
- Informes de electrocardiograma (ECG)
- Notas de la cirugía \_\_\_\_\_

**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* o <input type="checkbox"/> abuso de sustancias	
<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de detección de VIH/SIDA		<input type="checkbox"/> Bebidas alcohólicas Tratamiento***	
<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 incluye los expedientes que se crean o mantienen en un centro médico general.

# Nashoba Valley Medical Center

A STEWARD FAMILY HOSPITAL



## NASHOBA VALLEY MEDICAL CENTER

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

#### Gestión de la información médica

#### NASHOBA VALLEY MEDICAL CENTER

200 Groton Road  
Ayer, MA 01432

**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 **NASHOBA VALLEY MEDICAL CENTER**.

**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 **NASHOBA VALLEY MEDICAL CENTER**.

**13) ACCESO:** Comprendo que, en determinadas circunstancias, **NASHOBA VALLEY MEDICAL CENTER** tiene derecho a negarme el acceso a la totalidad o a una parte de mi información médica protegida. El **NASHOBA VALLEY MEDICAL CENTER** 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 **NASHOBA VALLEY MEDICAL CENTER**, con conocimiento de causa y de forma voluntaria, a utilizar o revelar mi información médica en la forma descrita arriba.

14) \_\_\_\_\_  
Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_  
Firma del representante personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

15) \_\_\_\_\_  
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