

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

**For copies of radiology images or films,  
 contact 617-983-7169 / Fax 617-983-4424**

*AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED OR PRIVILEGED HEALTH INFORMATION*

Escriba de forma legible toda la información para que su solicitud sea procesada de manera oportuna.

**A. DATOS DEL PACIENTE:**

**NOMBRE COMPLETO:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE REGISTRO MÉDICO** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **CALLE:** \_\_\_\_\_ **Nº APT.:** \_\_\_\_\_

**CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_ **ZONA POSTAL:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO DE CONTACTO: DÍA:** ( ) \_\_\_\_\_ **NOCHE:** ( ) \_\_\_\_\_

**B. AUTORIZACIÓN PARA EXPEDIR:** Yo autorizo para que se expida mi información médica protegida. Anote de dónde quiere que se envíe la información, y a quién se le envía la información.

**DE: (hospital, consultorio, o profesional de salud):**  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

**POR MOTIVO:** (marque la casilla adecuada)

- Atención médica     Personal\*  
 Seguro\*             Entidad educativa  
 Asunto jurídico\*    Otro (detalle)\*

\* Las copias pueden tener costo

**PARA: (a quién se envía la información):**  
 Marque aquí si desea que los expedientes sean enviados al paciente a la dirección arriba indicada (sección A); en caso contrario anote abajo la información donde desea enviarla:  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

**ENVIAR POR:**

- Partners Patient Gateway (si está disponible)  
 Correo electrónico seguro (anote la dirección)  
 Correo electrónico del paciente: \_\_\_\_\_  
 Copia impresa por correo:  
 Fax (anote el número): \_\_\_\_\_

**C. INFORMACIÓN A EXPEDIR** (Seleccione todo lo que corresponda y anote la fecha):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de historia clínica / fechas _____<br><i>(exámenes, informes de cirugía, consultas, pruebas, resumen clínico de alta)</i> | <input type="checkbox"/> Informes de radioterapia / fechas _____              |
| <input type="checkbox"/> Apuntes de consultas / fechas _____   | <input type="checkbox"/> Informes de radiología / fechas _____                |
| <input type="checkbox"/> Informe de alta / fechas _____  | <input type="checkbox"/> Fotografías / fechas (puede tener costo) _____       |
| <input type="checkbox"/> Informe de laboratorio / fechas _____   | <input type="checkbox"/> Registros de facturación / fechas _____              |
| <input type="checkbox"/> Informe de cirugía / fechas _____   | <input type="checkbox"/> Otros <i>(anote detalles e indique fechas)</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> Informe de patología / fechas _____   | _____   |
|  | _____   |
|  | _____   |

**BRIGHAM HEALTH**



BRIGHAM AND WOMEN'S  
Faulkner Hospital

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

**D. Marque en la casilla correspondiente para indicar que Sí autoriza expedir esa información si se encuentra en su historia clínica:**

- Sí **HIV test Resultados de pruebas para VIH (REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA CADA SOLICITUD).**  
**FECHAS:** \_\_\_\_\_
- Sí **Resultados de pruebas genéticas (TIPO DE PRUEBA)** \_\_\_\_\_
- Sí **Informes sobre consumo de alcohol o drogas**, amparados por reglamento federal de confidencialidad (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). Esta autorización puede anularse solicitándolo por escrito o verbalmente.
- Sí **Otro(s):** Detalle: \_\_\_\_\_
- Sí Detalles de diagnóstico o tratamiento de salud mental dado por un psiquiatra, psicólogo, enfermera especialista en salud mental o personal clínico licenciado para la salud mental. *Entiendo que puede que no sea necesario obtener mi permiso para expedir mi historia clínica de salud mental si es con motivo de tramitar pagos.*
- Sí Comunicaciones confidenciales con asistente social licenciado.
- Sí Detalles de asesoría para víctimas de violencia en el hogar.
- Sí Detalles de asesoría para víctimas de agresión sexual.

**E. Entiendo y acepto que:**

- Partners HealthCare System (PHS) no puede controlar cómo la parte recipiente usará o divulgará la información y que la leyes que amparan su confidencialidad en PHS podrían o no proteger esta información una vez que sea divulgada al recipiente.
- Esta autorización es voluntaria.
- Si me rehúso a firmar esta autorización, esto no afectará mi tratamiento, pago, afiliación a plan de salud, ni posibilidad de ser considerado para recibir beneficios.
- Puedo retirar esta autorización en cualquier momento entregando aviso por escrito al mismo Departamento o consultorio en el cual entregué esta autorización originalmente, excepto:
  - o Si PHS ya obró de acuerdo con lo dispuesto en esta autorización (por ejemplo, si la información ya fue expedida, la misma no puede ser retirada).
  - o Si la autorización se obtiene como una condición de lograr una cobertura de seguro, hay otras leyes que proveen al asegurador el derecho de impugnar reclamos bajo la póliza o la póliza misma
- Esta autorización se vencerá automáticamente **6 meses después de la fecha que sea firmada**, a menos que se detalle lo contrario.
- Entiendo que si Partners conserva cualquiera de mis expedientes de otros proveedores externos, los mismos no serán expedidos sin que yo lo haya solicitado específicamente en la sección C, bajo "Otros". Incluya el nombre de la institución, el proveedor y las fechas (si lo sabe).
- Mis preguntas sobre esta autorización han sido respondidas

➤ **Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ ➤ **Fecha:** \_\_\_\_\_

➤ **Escriba su nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad o si está incapacitado para autorizar, se exige la firma de uno de los padres, tutor legal o representante legal.

**Firma del Representante Legal:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de molde:** \_\_\_\_\_ **Parentesco del representante con el paciente:** \_\_\_\_\_

For Internal Use Only

Information Released/Reviewed By: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Clinic/Office: \_\_\_\_\_

Pick-up Identification:

\_\_\_\_\_ License \_\_\_\_\_ State ID \_\_\_\_\_ Passport \_\_\_\_\_ Other Photo ID \_\_\_\_\_