CHA Cambridge Health Alliance

Cambridge/Everett/Somerville Hospital 617-381-7126

Solo para uso interno

MRN_____

REQ#_____

Autorización para divulgación de registros médicos

El formulario firmado puede enviarse por fax al:
617-381-7179,
o al **617- 381-7277**
Enviar por correo a: **HIM/Medical Records**
CHA Everett Hospital
103 Garland Street
Everett, MA 02149

Complete este formulario y firme en la página 2 donde se indica

Información del paciente:

Nombre del paciente: **Apellido**_____ **Nombre**_____ **Fecha de nac.** _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono celular: (____) _____ Otro # (____) _____

Autorizo a Cambridge Health Alliance a divulgar copias de mi información médica protegida a la/s siguiente/s persona/s en la dirección indicada abajo:

Divulgar información a: ❒ **La persona misma**

O, establecimiento: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

A la atención de: _____ Teléfono: (___) _____ FAX: (_____) _____

Motivo de la divulgación:

❒ Atención médica ❒ Seguro ❒ Legal ❒ Personal ❒ Otro: _____

Formato de la información:

❒ CD ❒Papel ❒Fax (solo al MD) ❒ Otro: _____

Consulte el Aviso de privacidad de Cambridge Health Alliance para obtener información sobre las tarifas de copia que pueden estar asociadas a esta solicitud. ** Las copias de fotografías pueden tener un cargo adicional.

INFORMACIÓN A REVELAR *(Marque todo lo que corresponda y ESPECIFIQUE LAS FECHAS DE TRATAMIENTO)*:

❒ Fecha(s) del registro completo _____
❒ Fecha(s) de notas de la visita clínica _____
❒ Fecha(s) de resumen del alta _____
❒ Fecha(s) de informes de laboratorio _____
❒ Fecha(s) de informes operativos _____
❒ Fecha(s) de resumen del registro médico (p. ej., historia clínica, informe quirúrgico, consultas, informes de pruebas, resumen de alta)
❒ Fecha(s) de fotografías**_____
❒ Fecha(s) de informes de patología _____
❒ Fecha(s) de informes de rayos X/imágenes _____
❒ Fecha(s) de otros (especificar) _____

Si desea que la información altamente sensible se incluya en sus registros, marque la siguiente casilla:

❒ Sí	Resultados de pruebas y/o tratamiento de VIH/SIDA.
❒ Sí	Resultados y/o tratamiento de la hepatitis C.
❒ Sí	Registros de consumo de alcohol y drogas: protegidos por las normas federales 42 CFR Parte 2 (LAS NORMAS FEDERALES PROHÍBEN CUALQUIER OTRA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN EXCEPTO QUE ESTÉ EXPRESAMENTE PERMITIDA POR EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA PERSONA A LA QUE PERTENECE O SEGÚN LO PERMITIDO POR 42 CFR Parte 2)
❒ Sí	Enfermedades de transmisión sexual y/o resultados y/o tratamiento del VPH.
❒ Sí	Violencia doméstica.
❒ Sí	Agresión sexual
❒ Sí	Resultados y/o tratamiento de análisis genéticos.
❒ Sí	Enfermedad mental, salud conductual: Comunicación confidencial con un psicoterapeuta, psicólogo, trabajador social, especialista en agresiones sexuales, especialista en violencia doméstica o cualquier otro profesional de salud mental o de servicios humanos.

TÉRMINO: Esta Autorización expirará automáticamente 1 año después de la fecha en que se firmó, excepto que se especifique lo contrario:

Al firmar a continuación, autorizo a Cambridge Health Alliance a divulgar mi información médica durante el plazo de esta Autorización para los fines específicos indicados: ("A solicitud del paciente" es suficiente si el paciente es quien da curso a esta Autorización).

Entiendo que una vez que Cambridge Health Alliance divulgue mi información médica al receptor, Cambridge Health Alliance no puede garantizar que el receptor no divulgará nuevamente mi información médica a un tercero. Dichos terceros no tendrán la obligación de cumplir con esta Autorización o las leyes federales o estatales aplicables que rigen el uso y la divulgación de mi información de salud.

Entiendo que puedo negarme a firmar o puedo revocar (en cualquier momento) esta Autorización por cualquier motivo y que dicha negación o revocación no afectará el comienzo, la continuación ni la calidad del tratamiento que me proporcione Cambridge Health Alliance; excepto que mi tratamiento en Cambridge Health Alliance sea con el único propósito de generar información médica para su divulgación al receptor identificado en esta Autorización, en cuyo caso Cambridge Health Alliance podrá negarse a tratarme si no firmo la presente Autorización.

Entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta su fecha de finalización o hasta que presente una notificación de revocación por escrito a la Oficina de Privacidad de Cambridge Health Alliance en la dirección que se enuncia abajo. La revocación por escrito entrará en vigor de inmediato una vez recibida por Cambridge Health Alliance, pero la revocación no tendrá efecto en las acciones que Cambridge Health Alliance haya llevado a cabo de conformidad con esta Autorización, antes de haber recibido la revocación por escrito.
Puedo ponerme en contacto con el **Oficial de Privacidad de Cambridge Health Alliance por correo postal**: **103 Garland St, Everett, MA 02149** , o a través del Departamento de H.I.M. de CHA. Recursos Humanos.

He leído y entiendo los términos de la presente Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la divulgación de mi información de salud. Al firmar a continuación, autorizo de forma consciente y voluntaria a Cambridge Health Alliance a divulgar mi información de salud como se describe anteriormente.

Firma del paciente/persona autorizada a firmar por el paciente:

_____ Fecha _____ Hora _____

Relación con el paciente: ☐ Padres ☐ Representante legal

☐ Sí ☐ No Se recurrió a un intérprete para obtener este consentimiento