

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (Authorization for Release of Information - Spanish)

Nombre del paciente (*Patient's Name*): _____

Fecha de nac. (*DOB*): _____

Nº de registro médico: _____

Marque uno:

() Recoger () Correo () Fax () CD () Hablar [teléf./en persona] () Correo electrónico seguro () CIS (Sistema de información clínica) Fechas del tratamiento objeto de la solicitud: _____ Objetivo de divulgar la información: _____ Esta autorización expira el: _____ (si no se da una fecha, 180 días a partir de la fecha de esta autorización)

Incluir solo: Todos los registros de la consulta Solo los siguientes registros:

___ Resumen de alta	___ Informes de radiología	___ Registros de vacunación
___ Resúmenes de paciente externo	___ Informes de laboratorio	___ Notas de operación
___ Otro: _____	_____	_____

LLENE ESTA SECCIÓN PARA SOLICITAR SUS REGISTROS O LOS REGISTROS DE SU HIJO

_____ (iniciales) Por medio de la presente solicito acceso a información protegida sobre mi salud. Entiendo que debo llenar una autorización nueva para tener acceso en el futuro a información sobre atención médica brindada en las siguientes áreas: psiquiatría, conductual, salud mental, VIH, genética. Esta autorización es válida para la atención médica general, pasada y futura, brindada a pacientes adultos y pacientes de menos de 12 años. Para pacientes entre 12 y 17 años de edad, el padre o la madre debe llenar un formulario de autorización nuevo; el acceso dado al padre o la madre está limitado a 30 días y a registros anteriores a la fecha de la autorización.

LLENE ESTA SECCIÓN PARA SOLICITUDES DE OTRA PERSONA U OTRO PROVEEDOR:

Por medio de la presente autorizo a Baystate Health a: obtener de o divulgar la información protegida sobre mi salud a:
(Se requiere un formulario de autorización aparte para cada vez que se divulgue información).

LLENE ESTA SECCIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE REGISTROS CONFIDENCIALES ESPECÍFICOS. Se requiere un formulario de autorización aparte para cada categoría.

_____ (iniciales) **VIH/SIDA (*HIV/AIDS*):** Por medio de la presente autorizo que se divulgue información protegida sobre mi salud relativa a pruebas de VIH y/o diagnóstico y/o tratamiento para el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) solo a la persona u organización mencionada anteriormente y solo a los propósitos especificados anteriormente.

_____ (iniciales) **PRUEBAS GENÉTICAS (*GENETIC TESTING*):** Por medio de la presente autorizo que se divulgue información protegida sobre mi salud relativa a resultados de pruebas genéticas solo a la persona u organización mencionada anteriormente y solo a los propósitos especificados anteriormente.

_____ (iniciales) **TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO Y LA DROGADICCIÓN (*ALCOHOL AND DRUG*):** Por medio de la presente autorizo que se divulguen los registros de un programa autorizado para el tratamiento del alcoholismo y la drogadicción a la persona u organización mencionada anteriormente y solo a los propósitos especificados anteriormente. Comprendo que mis registros sobre tratamiento del alcoholismo y la drogadicción están protegidos según lo previsto en las normas federales que gobiernan la Confidencialidad de los Registros de Pacientes Alcohólicos o Drogadictos. También comprendo que mis Registros sobre Alcoholismo y Drogadicción no se podrán volver a divulgar sin mi autorización expresa.

_____ (iniciales) **REGISTROS DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS, O REGISTROS DE PSICÓLOGOS O PSICOTERAPEUTAS (*PSYCHIATRIC RECORDS*):** Por medio de la presente autorizo que se divulguen los registros de tratamiento psiquiátrico y/o los registros de un psicólogo o psicoterapeuta solo a la persona u organización mencionada anteriormente y solo a los propósitos especificados anteriormente.

_____ **Registros de consejeros especializados en maltrato y violencia doméstica (*Domestic violence*)**

_____ **Registros de consejeros especializados en agresiones sexuales (*Sexual assault*)**

_____ **Registros de servicios sociales (*Social service*)**

_____ **Registros de enfermedades de transmisión sexual (*STD*)**

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Comprendo que la información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede ser utilizada o divulgada* también por la persona que obtenga esta información, y por lo tanto quizás ya no esté protegida por las leyes federales sobre privacidad.

Salvo en la medida que lo permita la ley, el tratamiento que brinde Baystate Health no estará condicionado por la firma de esta autorización.

Reconozco que he firmado esta autorización voluntariamente y que estos registros se divulgarán porque así lo he solicitado. También comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida que se haya tomado alguna acción en base a ella. Para revocar esta autorización, llene nuestro Formulario de revocación de autorización y envíelo a nuestra oficina: Baystate Health, Health Information Management, 759 Chestnut Street, Springfield, MA 01199.

_____ Firma del paciente o representante del paciente (*Signature of patient or patient's representative*)

_____ Fecha (*Date*)

Si usted es el representante del paciente, especifique su autoridad como representante o relación con el paciente: _____

LE PROPORCIONAREMOS UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO FIRMADO