

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE RECORD MEDICO: \_\_\_\_\_ TEL #: \_\_\_\_\_

**PERMISO DEL HOLYOKE MEDICAL CENTER (HMC):** Yo autorizo al HMC a divulgar mi información de salud a:

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Qué a Divulgar:** \_\_\_\_\_ *Fechas de Servicio:* \_\_\_\_\_

Favor de incluir la información siguiente:  Expediente completo, **O** lo siguiente (marque todo lo que aplique)

- |                                                                                                    |                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abstracto (notas del proveedor, resultados de pruebas)                    | <input type="checkbox"/> Reportes Operativos                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Resultado de laboratorio <input type="checkbox"/> Resultados de Patología | <input type="checkbox"/> Work Connection (OHS / OHC / EHP)                                                        |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología (Rayos-X, MRI CT) <input type="checkbox"/> Placas  | <input type="checkbox"/> Salud en Conducta                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Cardiología / Reportes de EKG                                             | <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> PHP / IOP <input type="checkbox"/> Ambulatorios |
| <input type="checkbox"/> Sumario de Alta <input type="checkbox"/> Otro _____                       |                                                                                                                   |

**Propósito de la Solicitud:**  Continuidad de Cuidado  Legal  Personal  Otro: \_\_\_\_\_

**PERMISO PARA EL HMC:** yo autorizo \_\_\_\_\_ el divulgar mi información de salud al:  
Holyoke Medical Center, Attention Dept. \_\_\_\_\_ 575 Beech St., Holyoke, MA 01040 Fax: 413.534.2651

**Qué a Divulgar:** \_\_\_\_\_ *Fechas de Servicio:* \_\_\_\_\_

Favor de incluir la información siguiente:

- |                                                                                                           |                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abstracto (notas del proveedor, resultados de pruebas)                           | <input type="checkbox"/> Salud en Conducta                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> Sumario de Alta / Transferido                                                    | <input type="checkbox"/> Evaluación Psicosocial <input type="checkbox"/> Información de Manejo de Medicación               |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología <input type="checkbox"/> Placas                           | <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento/Progreso <input type="checkbox"/> Tratamiento Presente/Progreso/Participación |
| <input type="checkbox"/> Reportes Operativos <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio & Patologis | <input type="checkbox"/> Admisión & De Alta nota para hospitalización (fechas) _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Otro _____                                                                       |                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Otro _____                                                                       |                                                                                                                            |

**Propósito de la Solicitud:**  Continuidad de Cuidado  Legal  Personal  Otro: \_\_\_\_\_

**PERMISO PARA INFORMACION PRIVILEGIADA:**

\_\_\_\_\_ (Iniciales) **VIH/SIDA:** Yo por este medio autorizo la divulgación de información de salud protegida relacionada a la prueba de VIH y/o diagnóstico y/o tratamiento relacionado al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) solamente a la persona u organización nombrada arriba y solamente para el propósito arriba nombrado.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) **PRUEBA GENETICA:** Yo por este medio autorizo la divulgación de información de salud protegida de mis resultados de pruebas genéticas solamente a la persona u organización nombrada arriba y solamente para el propósito arriba nombrado.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) **TRATAMIENTO DE ALCOHOL Y DROGAS:** Yo por este medio autorizo la divulgación de información de expedientes de tratamiento de un programa licenciado para drogas y alcohol a la persona u organización nombrada arriba y solamente para el propósito arriba nombrado. Yo además entiendo que mis Expedientes de Alcohol y Abuso a Drogas no van a ser nuevamente divulgados sin mi expresa autorización.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) **EXPEDIENTES DE HOSPITALIZACION SIQUIATRICA O EXPEDIENTES DE UN PSICOLOGO O PSICOTERAPEUTA:** Yo por este medio autorizo la divulgación de expedientes de tratamiento psiquiátrico, y/o expedientes de un psicólogo o psicoterapeuta solamente a la persona u organización nombrada arriba y solamente para el propósito arriba nombrado.

\_\_\_\_\_ **Expedientes del consejero de abuso de violencia doméstica** \_\_\_\_\_ **Expedientes de servicios sociales**

\_\_\_\_\_ **Expedientes del consejero de alto riesgo sexual** \_\_\_\_\_ **Expedientes de enfermedades sexualmente transmitidas**

**DERECHOS DEL INDIVIDUO:** Yo entiendo lo siguiente:

- Yo tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento.
- Si yo revoco esta autorización yo debo hacerlo por escrito y la atención del Departamento de Expedientes Médicos, HMC, 575 Beech St., Holyoke, MA 01040, o debo comunicarme con el partido a quien yo he autorizado a divulgar la información, si es otro que el HMC.
- Mi derecho de revocar no aplica a la información ya divulgada en base de ésta autorización.
- La privacidad de mis expedientes de salud está protegida bajo el "HIPAA", 45 CFR, pts 160 & 164, y la privacidad de cualquier expediente de tratamiento de alcohol y/o drogas está también protegida bajo la regulación Federal de Confidencialidad & Expedientes de Abuso a Drogas, 42 CFR, pt 2.
- Yo entiendo que el Holyoke Medical Center no puede garantizar que el Recipiente no re-divulgue mi información de salud a nadie más.
- Puede haber un cargo por proveer copias de expedientes médico.

**Fecha de Expiración:** Esta autorización expirará en un año a menos que sea revocada o de otra manera especificada ser en la siguiente fecha, evento o condición:

(iniciales de la persona) \_\_\_\_\_ Conclusion de este Episodio de Tratamiento (iniciales de la persona) \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

*Firma:* \_\_\_\_\_ *fecha:* \_\_\_\_\_

**Si no firmado por la persona servida, especifique su relación:**  Padre  Guardián Legal / Designado

Holyoke Medical Center

**AUTHORIZATION TO USE AND DISCLOSE  
PROTECTED HEALTH INFORMATION**

Permanent Part of the Clinical Record 02/17 MR.HIM.A.1 NEWEST