

# Autorización de Fenway Health Para Divulgar Información De Salud Protegida



## 1) Información del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre usado (si es diferente): \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

## 2) Doy mi autorización para divulgar mi información de salud protegida y registros médicos DE:

Nombre de la remitente/instalación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

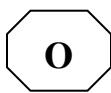
## 3) Doy mi autorización para divulgar mi información de salud protegida y registros médicos A:

Nombre de la destinataria/instalación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

## 4) Motivo de la divulgación (Seleccione la que corresponda):

### NO SE ENVIARÁ/RECIBIRAN REGISTROS

Solo se permitirá la comunicación bidireccional con los proveedores de servicios



- Transferir TODA la atención a otro proveedor
- Compartir registros médicos con otro proveedor
- Motivos legales
- Motivos de seguro
- Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

## 5) Se divulgará la siguiente información (Seleccione la que corresponda)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Todos los registros   | <input type="checkbox"/> Registros de optometría   |
| <input type="checkbox"/> Resumen ( <i>Incluye 2 años de consultas médicas, análisis de laboratorio, vacunaciones, diagnósticos e informes radiológicos</i> ) | <input type="checkbox"/> Registros dentales        |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento recibido entre las fechas _____ a _____   | <input type="checkbox"/> Otros (Especifique) _____ |

## 6) Información confidencial (\*\*COMPLETE ESTA SECCION EN SU TOTALIDAD PARA GARANTIZAR QUE NO HAYA RETRASO EN EL PROCESAMIENTO\*\*)

*La siguiente información NO se divulgará sin su autorización firmada. Por favor, marque con sus INICIALES junto a cada tipo de registro que deseé divulgar.*

Atención del aborto	
Exámenes genéticos	
Asesoramiento sobre violencia sexual	
Asesoramiento sobre violencia de pareja intima	
Información sobre salud conductual escrita por un profesional medico	

Información sobre salud conductual escrita por psiquiatra, terapeuta, profesional de la salud mental o trabajador social	
Tratamiento del consumo de alcohol y otras sustancias	
Resultados del VIH/SIDA o atención relacionada	
Enfermedades de transmisión sexual	
NO me gustaría que se divulgara ninguna información confidencial	

## 7) Aviso Legal y Firma Del Paciente

Esta autorización es válida únicamente para esta solicitud y no se aceptará para solicitudes posteriores. Esta autorización de divulgación (a menos que se revoque expresamente con anterioridad) tendrá una vigencia de un año a partir de la fecha de la firma a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud por escrito dirigida al Responsable de Privacidad de Fenway Health. Al firmar a continuación, afirmo que los expedientes médicos solicitados no se solicitan con el propósito de investigar, iniciar o imponer responsabilidad civil, penal, administrativa o profesional, ni sanciones relacionadas con servicios de salud reproductiva o atención de afirmación de género que se prestaron legalmente en el Estado Libre Asociado de Massachusetts (o en otra jurisdicción donde dicha atención fuera legal en el momento de su prestación). Entiendo que los registros de abuso de sustancias están protegidos por el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR), Parte 2, y no pueden divulgarse sin mi autorización específica. Dichas regulaciones federales también protegen los registros de abuso de sustancias de la divulgación por parte de terceros. Por la presente, reconozco haber leído, o que se me han leído, y comprendo plenamente las declaraciones anteriores en lo que me conciernen, y doy mi consentimiento voluntario para la divulgación.

X

Firma del paciente o del agente autorizado (especifique su parentesco con el paciente)

Fecha de hoy