

Authorization for Release of Medical Records - SPANISH

Sólo para uso interno

MRN _____

REQ# _____

Cambridge Health Alliance
Cambridge/Everett/Somerville Hospital 617-381-7126

Autorización para la liberación de historial médico

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

Por favor llene este formulario y firme en la página 2 donde se indica

Información del paciente:

Nombre del paciente: **Apellido** _____ **Nombre** _____ **FN** _____

Dirección domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Zip: _____ Celular: (_____) _____ Otro #(_____) _____

Por medio de la presente autorizo a **Cambridge Health Alliance** a que entregue copias de mi información de salud protegida, incluyendo copias de mi historial de atención médica, a la siguiente persona, en la dirección indicada a

Divulgar información a:

Instalación: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Atención: _____ Teléfono: (_____) _____ FAX: (_____) _____

Propósito de la divulgación:

Atención médica Seguro Legal Personal Otro: _____

Formato de liberación:

Papel
 Fax (solo a un MD)

*** Por favor consulte el aviso de privacidad de la Cambridge Health Alliance para obtener información sobre los cargos por copias que pueden estar asociados con esta solicitud. ** Puede haber cargos adicionales por copias de fotografías.**

INFORMACIÓN A DIVULGAR (por favor marque todas las que apliquen y especifique fechas):

- Historial entero _____
- Notas de consulta en clínica _____
- Resumen de alta _____
- Informes de laboratorio _____
- Informes de operaciones _____
- Resumen de historial médico (p.ej. historial y exámenes, informe operativo, consulas, informes de pruebas, resumen de alta)
- Fotografías _____
- Informes de patología _____
- Rayos-X/Informes de imagenología _____
- Otro (favor especificar) _____

Authorization for Release of Medical Records - SPANISH

Si desea que se incluya la información altamente delicada contenida en sus registros, por favor marque a continuación con su inicial:

Inicial aquí	Resultados de prueba y/o tratamiento por VIH/SIDA.
Inicial aquí	Resultados de prueba y/o tratamiento por Hepatitis C.
Inicial aquí	Enfermedad mental, de salud de la conducta o discapacidad del desarrollo.
Inicial aquí	Abuso de sustancias (ej. alcohol o drogas).
Inicial aquí	Resultados y/o tratamiento por enfermedades de transmisión sexual y/o VPH.
Inicial aquí	Violencia doméstica.
Inicial aquí	Agresión sexual
Inicial aquí	Tratamiento y/o servicios delicados de Obstetricia y Ginecología.
Inicial aquí	Resultados de prueba y/o tratamiento genético.
Inicial aquí	Comunicación confidencial con un psicoterapeuta, psicólogo, trabajador social, consejero por agresión sexual, consejero por violencia domestica u otro profesional de servicios de salud

TÉRMINO: Esta autorización vencerá automáticamente 1 año a partir de la fecha de firma, o especificar otra fecha _____

Por medio de mi firma a continuación, autorizo a Cambridge Health Alliance a revelar mi información de salud durante el plazo de esta autorización para los fines específicos enumerados: ("a petición del paciente" es suficiente si el paciente está iniciando esta autorización).

Entiendo que una vez que Cambridge Health Alliance revele información sobre mi salud al destinatario, Cambridge Health Alliance no puede garantizar que el destinatario no revelará nuevamente información sobre mi salud a terceros. Es posible que dichos terceros no estén obligados a acatar esta Autorización o las leyes federales y estatales que rigen el uso y la divulgación de la información sobre mi salud.

Entiendo que puedo negarme a firmar o revocar (en cualquier momento) esta Autorización por cualquier razón y que tal denegación o revocación no afectará el inicio, continuidad o calidad de mi tratamiento por de Cambridge Health Alliance; excepto, sin embargo, si mi tratamiento en Cambridge Health Alliance es con el único propósito de crear información de salud para la divulgación al destinatario identificado en esta autorización, en cuyo caso Cambridge Health Alliance puede negarse a tratarme si no firmo esta autorización.

Entiendo que esta Autorización permanecerá en vigor hasta que expire su término, o hasta que yo entregue una notificación escrita de revocación ante la oficina de privacidad de Cambridge Health Alliance en la dirección que aparece a continuación. La revocación será efectiva inmediatamente después de que Cambridge Health Alliance reciba mi aviso por escrito, salvo que la revocación no tendrá efecto alguno sobre ninguna medida adoptada por Cambridge Health Alliance bajo el amparo de esta autorización, antes de haber recibido mi notificación escrita de revocación.

Puedo contactar al **oficial de privacidad de Cambridge Health Alliance por correo a 230 Highland Avenue, 6th Floor, Somerville, MA 02143** o a través del departamento CHA H.I.M.

He leído y entiendo los términos de esta Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la divulgación de mi información de salud. Por medio de mi firma a continuación, consciente y voluntariamente, autorizo a Cambridge Health Alliance a divulgar mi información de salud de la manera descrita anteriormente.

X _____

Firma del Paciente

Fecha/Hora

Si el paciente es un menor no emancipado o está incapacitado (física o mentalmente) de cualquier otra manera, obtener las siguientes firmas:

Firma del representante

Descripción de su autoridad

Fecha/Hora