

AUTORIZACIÓN PARA LA DISEMINACIÓN DE INFORMACIÓN

(Authorization for Release of Information – Spanish)

Podemos honrar una petición sólo si este formulario se llena completamente.

Nombre del Paciente: _____ # Registro Médico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Marque uno: () Recoger () Carta () Facsímile

Yo por la presente autorizo Baystate Health a obtener de o a divulgar mi información de salud protegida a:

Fechas específicas de tratamiento: _____

Por favor marque lo(s) que debe(n) ser divulgado(s):

[] Registros de Salud Mental [] Registros de Enfermedades Transmitidas Sexualmente [] Registros de Tratamiento de Drogas/Alcohol Servicios de Drogas & Alcohol

La Información Específica a ser divulgada es:

<input type="checkbox"/> Resumen de Dar de Alta	<input type="checkbox"/> Registros de Vacunas	<input type="checkbox"/> Reportes de MRI/Tomografía Computarizada
<input type="checkbox"/> Notas de Admisión/Estatus Mental	<input type="checkbox"/> Resumen de Paciente Externo	<input type="checkbox"/> EEG, ECG
<input type="checkbox"/> Notas de Operación	<input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Reportes de Servicios Sociales
<input type="checkbox"/> Reportes de Pruebas de Psicología	<input type="checkbox"/> Reportes de Radiología	<input type="checkbox"/> Otro, Especifique _____

() _____ (Iniciales) Por medio de la presente solicito acceso a mis registros médicos electrónicos en la computadora. Eximo a Baystate Health de toda responsabilidad si alguien más ve mi registro médico mientras estoy accediendo a este. Ver mi registro médico electrónico está permitido para la información médica que ocurrió antes de la fecha de esta autorización. Ver cualquier información médica posterior requerirá una nueva autorización para llevarse a cabo.

CONSENTIMIENTO DE INFORMACIÓN DE VIH/SIDA Y/O GENÉTICA (requerido para cada diseminación)

VIH/SIDA

Yo de esta forma autorizo el que se divulgue la información de salud protegida relacionada con las pruebas de VIH y/o el diagnóstico y/o el tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) únicamente a la persona o a la organización descrita arriba y únicamente para el propósito indicado arriba.

GENÉTICA

Yo de esta forma autorizo el que se divulgue la información de salud relacionada con los resultados de pruebas genéticas a la persona u organizaciones descritas arriba y únicamente para el propósito indicado arriba.

(Firma del paciente o del representante del paciente)

(Fecha)

AUTORIZACIÓN PARA LA DISEMINACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo entiendo que la información usada o divulgada como resultado de esta autorización puede ser usada o divulgada adicionalmente por alguien que obtenga dicha información y por lo tanto puede que no sea protegida por las leyes federales de privacidad. Baystate Health no condicionará el tratamiento basado en que firme esta autorización. Yo reconozco que he firmado esta autorización voluntariamente. Yo también entiendo que tengo el derecho a revocar esta Autorización en escrito en cualquier momento excepto hasta el punto de que una acción haya sido tomada dependiendo en la misma. Para revocar esta autorización, por favor complete nuestro formulario de Revocación de Autorización y envíelo a Baystate Health, Health Information Management, 759 Chestnut Street, Springfield, MA 01199.

Si esta autorización es para que un padre acceda a los registros de su hijo, el acceso para ver los registros médicos de su hijo (en papel o electrónicos) tiene un límite de 30 días después de la fecha de esta autorización y de los registros mencionados en esta.

Esta autorización caduca en: _____, (si se deja en blanco, expirará en 180 días a partir de la fecha de la firma.).

[Inserte la fecha, el tiempo o el evento]

Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha

Si el representante del paciente, describa la autoridad del representante o relación con el paciente: _____

Yo entiendo que mis registros de tratamiento de alcohol y drogas están protegidos bajo los reglamentos federales que gobiernan los Registros de los Pacientes a la Confidencialidad de Alcohol y Abuso de Drogas, 42 C. F. R. Parte 2, y bajo el Acto de Portabilidad de Seguro de Salud de 1996, 45 C. F. R. Pts. 160 & 164 y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento escrito a menos que de otro modo se previera en las regulaciones. * Entiendo también que mis Registros de Alcohol y Abuso de Drogas no se pueden divulgar otra vez sin mi autorización expresa.

LE PROVEEREMOS CON UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO FIRMADO