

**AUTHORIZATION FOR THE DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA**

- Community Healthlink HealthAlliance-Clinton Hospital Harrington Hospital UMass Memorial Medical Center
 UMass Memorial Medical Group | Location: _____ Harrington Physicians | Location: _____

Por favor, escriba toda la información en letra de imprenta clara para poder tramitar su solicitud a tiempo.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Número de registro médico: _____
 Dirección postal: _____ P.O. Box / Apt. # / Suite #: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Número de teléfono preferido: _____

Por la presente autorizo a la entidad seleccionada arriba, a sus empleados, y/o agentes, a (SELECCIONE UNO):

- Solicitar y recibir información** del proveedor de atención médica/organización especificada a continuación.
 Divulgar información de la historia clínica del paciente arriba mencionado al destinatario especificado a continuación.
 Marque aquí si los registros deben enviarse por correo al paciente a la dirección arriba indicada; de lo contrario, complete la información a continuación:

Nombre: _____
 Dirección postal: _____ P.O. Box / Apt. # / Suite #: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Número de teléfono: _____

EL PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN ES PARA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cita con un especialista | <input type="checkbox"/> Abogado/Asunto jurídico | <input type="checkbox"/> Comunicación verbal |
| <input type="checkbox"/> Traspaso de la atención al nuevo proveedor | <input type="checkbox"/> Invalidez/Formulario de solicitud/Reclamo | <input type="checkbox"/> Uso personal |
| <input type="checkbox"/> Cuidador/a | <input type="checkbox"/> OTRO (especifique): _____ | <input type="checkbox"/> Pre-empleo |

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN DE ABAJO (Elija uno):

Visita(s) INDIVIDUALES. Marque la casilla Resumen o Fecha de la visita completa. Su comunicado incluirá un:

- Resumen de la fecha de cita.** Incluye elementos clave de una visita en una fecha(s) específica, entre ellos: informes, pruebas diagnósticas (laboratorios, radiografías, electrocardiogramas, pruebas de función pulmonar, lista de compatibilidad de medicamentos, alergias e informes transcritos por el proveedor). Un resumen contiene la información más solicitada y es más económico.
 Fecha de la visita completa. Incluye toda la documentación relacionada con una(s) visita específica en una fecha(s). **Por favor, incluya la fecha del servicio.**

Fecha(s) desde: _____ Hasta: _____

Servicios específicos. Si desea recibir SÓLO copias de servicios específicos, marque SÓLO el tipo de informe que solicita e indique la fecha/intervalo (en que se produjeron los servicios) en la línea siguiente.

Fecha(s) desde: _____ Hasta: _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ConsultaS | <input type="checkbox"/> Informe(s) patológico(s) |
| <input type="checkbox"/> Resúmenes de alta | <input type="checkbox"/> Informe(s) radiológico(s) |
| <input type="checkbox"/> Registros del servicio de urgencias | <input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas |
| <input type="checkbox"/> Registros de vacunación | <input type="checkbox"/> Rehabilitación: terapia física, ocupacional, del habla |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio (análisis de sangre) | <input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Notas de consultorio/clínica para _____ | <input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Informe(s) Operativo(s)/Procedimiento(s) | <input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____ |

PROTEGIDA POR LAS LEYES ESTATALES O FEDERALES

Entiendo que mi historial médico puede incluir información relacionada con mi salud mental, trastorno por consumo de alcohol/sustancias, agresión sexual, enfermedades de transmisión sexual, aborto, pruebas genéticas, VIH/SIDA, violencia doméstica u otra información que pueda considerar delicada. **Debe marcar la casilla junto a los tipos de contenido a continuación o NO se divulgará esa información.**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aborto - Formularios de consentimiento u órdenes judiciales | <input type="checkbox"/> Asesoramiento sobre violencia doméstica |
| <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de detección genética | <input type="checkbox"/> Asesoramiento sobre agresiones sexuales |
| <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Detalles del diagnóstico y/o tratamiento de salud mental proporcionado por un psicólogo, psiquiatra, enfermero clínico de salud mental, consejero de salud mental licenciado y trabajador social licenciado | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de alcohol/sustancias psicoactivas | |

Por favor, continúe en el reverso

