

**AUTORIZACIÓN PARA EXPEDIR INFORMACIÓN  
MÉDICA PROTEGIDA (AMPARADA POR LA LEY)**

Para copias de placas o películas radiográficas  
llame al 617-726-1798 / Fax 617-724-0264

[http://www.massgeneral.org/imaging/about/order\\_images\\_films.aspx](http://www.massgeneral.org/imaging/about/order_images_films.aspx)

<b>A. DATOS DEL PACIENTE:</b>			
NOMBRE COMPLETO: _____		FECHA DE NACIMIENTO: _____	
NÚMERO DE REGISTRO MÉDICO _____			
DIRECCIÓN:	CALLE: _____	APARTAMENTO #: _____	
	CIUDAD: _____	ESTADO: _____	ZONA POSTAL: _____
TELÉFONO DE CONTACTO #:	DÍA: (    ) _____	NOCHE: (    ) _____	

<b>B. AUTORIZACIÓN PARA EXPEDIR:</b> Yo autorizo para que se expida mi información médica protegida	
<b>De:</b> Nombre: _____ Dirección: _____ _____ Teléfono: _____  <b>Enviado por:</b> <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico (correo seguro) Dirección de correo-e: _____	<b>PARA:</b> Nombre: _____ Dirección: _____ _____ Teléfono: _____ Facsímil: _____  <b>Por motivo de:</b> (marque la casilla debida) <input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Otro (detalle)* <input type="checkbox"/> Seguro* _____ <input type="checkbox"/> Asunto jurídico* _____ <input type="checkbox"/> Personal* <input type="checkbox"/> Entidad educativa    * Las copias pueden tener costo

<b>C. INFORMACIÓN A EXPEDIR</b> (Seleccione todo lo que corresponda y anote la fecha):	
<input type="checkbox"/> Resumen de historia clínica / fechas _____ <i>(exámenes, informes de cirugía, consultas, pruebas, resumen clínico de alta)</i>	<input type="checkbox"/> Informes de radioterapia / fechas _____
<input type="checkbox"/> Apuntes de consultas / fechas _____	<input type="checkbox"/> Informes de radiología / fechas _____
<input type="checkbox"/> Informe de alta / fechas _____	<input type="checkbox"/> Fotografías / fechas (puede tener costo) _____
<input type="checkbox"/> Informe de laboratorio / fechas _____	<input type="checkbox"/> Registros de facturación / fechas _____
<input type="checkbox"/> Informe de cirugía / fechas _____	<input type="checkbox"/> Otros (detalle y anote las fechas) _____
<input type="checkbox"/> Informe de patología / fechas _____	_____
	_____
	_____

## AUTORIZACIÓN PARA EXPEDIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (AMPARADA POR LA LEY)

**D. Marque en la casilla correspondiente para indicar que Sí autoriza expedir esa información si se encuentra en su historia clínica:**

- Sí **Resultados de pruebas para VIH (REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA CADA SOLICITUD).**  
**FECHAS:** \_\_\_\_\_
- Sí **Resultados de pruebas genéticas (TIPO DE PRUEBA)** \_\_\_\_\_
- Sí **Informes sobre consumo de alcohol o drogas**, amparados por reglamento federal de confidencialidad (EL REGLAMENTO FEDERAL PROHÍBE QUE ESTA INFORMACIÓN SE DIVULGUE DE NUEVO A MENOS QUE SE PERMITA EXPLÍCITAMENTE O QUE HAYA CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DE LA PERSONA DE QUIEN SE TRATE O SEGÚN LO PERMITA LA REGLA 42 CFR PARTE 2). Esta autorización puede anularse solicitándolo por escrito o verbalmente.
- Sí **Otro(s):** Detalle \_\_\_\_\_
- Sí Detalles de diagnóstico o tratamiento de salud mental dado por un psiquiatra, psicólogo, enfermera especialista en salud mental o personal clínico licenciado para la salud mental. *Entiendo que puede que no sea necesario obtener mi permiso para expedir mi historia clínica de salud mental si es con motivo de tramitar pagos.*
- Sí Comunicaciones confidenciales con asistente social licenciado en salud mental.
- Sí Detalles de asesoría para víctimas de violencia en el hogar.
- Sí Detalles de asesoría para víctimas de agresión sexual.

### E. Entiendo y acepto que:

- Partners HealthCare System (PHS) no puede controlar cómo la parte recipiente usará o divulgará la información y que la leyes que amparan su confidencialidad en PHS podrían o no proteger esta información una vez que sea divulgada al recipiente.
- Esta autorización es voluntaria.
- Si me rehúso a firmar esta autorización, esto no afectará mi tratamiento, pago, afiliación a plan de salud, ni posibilidad de ser considerado para recibir beneficios.
- Puedo retirar esta autorización en cualquier momento entregando aviso por escrito al mismo Departamento o consultorio en el cual entregué esta autorización originalmente, excepto:
  - Si PHS ya obró de acuerdo con lo dispuesto en esta autorización (por ejemplo, si la información ya fue expedida, la misma no puede ser retirada).
  - Si la autorización se obtiene como una condición de lograr una cobertura de seguro, hay otras leyes que proveen al asegurador el derecho de impugnar reclamos bajo la póliza o la póliza misma
- Esta autorización se vencerá automáticamente 6 meses después de la fecha que fue firmada, a menos que se detalle lo contrario.
- Mis preguntas sobre esta autorización han sido respondidas

➤ **Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ ➤ **Fecha:** \_\_\_\_\_

➤ **Escriba su nombre en letra de molde:** \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad o si está incapacitado para autorizar, se exige la firma de uno de los padres, tutor legal o representante legal.

**Firma del Representante Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de molde:** \_\_\_\_\_ **Parentesco del representante:** \_\_\_\_\_

For Internal Use Only

Information Released/Reviewed By: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Clinic/Office: \_\_\_\_\_

Pick-up Identification:

\_\_\_\_\_ License \_\_\_\_\_ State ID \_\_\_\_\_ Passport \_\_\_\_\_ Other Photo ID \_\_\_\_\_