

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: _____
Método preferido para que el departamento de Registros Médicos se comunique con usted (seleccione uno): Teléfono Correo

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

Nombre del emisor / establecimiento: _____ Número de teléfono: _____
Dirección: _____ Número de Fax: _____

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

Nombre del receptor / establecimiento: _____ Número de teléfono: _____
Dirección: _____ Número de fax: _____

4.) Motivo de la divulgación: (Seleccione todas las que correspondan)

- Permitir la comunicación bidireccional con el proveedor de servicios
(Registros Médicos no enviará ningún registro; pase a la Sección 6)
- 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 todas las que correspondan)

- Todos los registros
- Resumen (incluye 2 años de visitas en el consultorio, exámenes de laboratorio, vacunas, diagnósticos e informes de radiología)
- Tratamiento recibido entre las fechas _____ a _____
- Registros de optometría
- Registros dentales
- Otros (especifique) _____

6.) Información sensible

Fenway Health **NO** divulgará la siguiente información sin su autorización firmada. Marque con sus iniciales junto a cada tipo de registro que desea divulgar:

No me gustaría que se divulgue información sensible

- Atención de aborto _____
- Tratamiento por consumo excesivo de alcohol o sustancias _____
- Información de Salud conductual redactada por el proveedor de atención médica _____
- Información de Salud conductual redactada por el psiquiatra, terapeuta, profesional clínico de salud mental o trabajador social _____
- Exámenes genéticos _____
- Resultados de examen de VIH/SIDA o atención relacionada _____
- Orientación relativa a violencia conyugal _____
- Enfermedades de transmisión sexual _____
- Orientación relativa a violencia sexual _____



***LLENE LA SECCIÓN COMPLETA PARA ASEGURARSE DE QUE NO HAYA RETRASOS EN EL PROCESAMIENTO**

7.) Firma

Esta autorización es válida únicamente para esta solicitud y no se utilizará para solicitudes posteriores. Esta autorización de divulgación (a menos que se revoque expresamente con anterioridad) será válida durante un año a partir de la fecha firmada a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento si lo solicito por escrito al Funcionario de Privacidad de Fenway Health. Entiendo que los registros de consumo excesivo de sustancias están protegidos por el Código de Reglamentos Federales 42 (CFR, Code of Federal Regulations), Parte 2 y no pueden ser divulgados sin que yo lo haya autorizado específicamente. Esos mismos reglamentos federales también protegen los registros de consumo excesivo de sustancias contra la divulgación por parte de terceros. Por la presente reconozco que he leído, o me han leído, y entiendo completamente las declaraciones anteriores en lo que se refiere a mí, y doy mi consentimiento voluntario para la divulgación.

X _____
Firma del paciente o firma del representante autorizado del paciente (especifique la relación con el paciente) _____ Fecha _____

Correo/Fax para: Fenway Health
Attn: Medical Records Dept
1340 Boylston St. Boston, MA 02215

Teléfono: 617-927-6191
Fax: 617-425-5713
Correo electrónico: medicalrecords@fenwayhealth.org
Actualizado en enero de 2021