



Departamento de Registros Médicos
100 South Street Southbridge, MA 01550
Teléfono (508) 765-3085 Fax (508) 765-3147

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR U OBTENER INFORMACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento
Nombre de Soltera (opcional): SS # (opcional):

Por medio del presente autorizo al Hospital Harrington a usar, divulgar u obtener la siguiente información identificable y registros de salud tal como se describe a continuación:

[Blank lines for patient information]

Los siguientes puntos que pueden aparecer en sus registros médicos pueden ser de naturaleza privilegiada o sensible, y deben estar específicamente inicialadas para autorizar su uso y/o divulgación en virtud de la ley del estado de Massachusetts:

- Resultado de pruebas y/o registros de tratamiento de HIV/SIDA/ARC
Enfermedades de transmisión sexual
Resultado de pruebas de uso de drogas y/o alcohol obtenidos a través de análisis de sangre, orina y otros métodos
Aborto
Registros de enfermedad mental y/o información que incluya notas psicoterapéuticas
Asesoramiento y/o tratamiento de abuso/agresión sexual o doméstico
Información de pruebas genéticas

Identifique a aquellas personas/organizaciones autorizadas para usar o divulgar su información:

[] Hospital Harrington [] otro:

Identifique a aquellas personas/organizaciones autorizadas para recibir su información:

[] Hospital Harrington [] otro:

Agradecemos nos brinde la información solicitada para el siguiente uso:

[] Atención Médica [] Legal [] Uso personal [] otro:

Entiendo que, si la persona o entidad que recibe esta información no es un proveedor de salud o un plan de salud cubierto por regulaciones de privacidad federal, esta información descrita anteriormente puede ser vuelta a divulgar y no estar protegida por estas regulaciones ni otras leyes estatales o federales.

También comprendo que el Hospital no me negará el tratamiento si me rehusó a firmar esta autorización exceptuando tratamientos relacionados con la investigación o tratamientos únicamente relacionados con la creación de la información de salud a ser divulgada, tal como colonia de vacaciones, escuela o empleador.

Si se necesita información por parte de mi proveedor de salud y me rehusó a firmar una autorización requerida, comprendo que el asegurador puede, en determinadas instancias, negarme el pago, la inscripción o la elegibilidad de los beneficios. Entiendo que puedo inspeccionar o requerir copias de cualquier información divulgada por esta autorización tal como lo permite la ley.

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando sea por escrito, excepto cuando la acción haya sido tomada en virtud de esta autorización. También autorizo la divulgación de esta información a través de correo electrónico, correo postal, teléfono, Internet, máquina de fax o imágenes electrónicas (con los riesgos que ya se me han explicado) o según los mandatos de las políticas del hospital. Por este medio libero al hospital, sus profesionales, empleados y agentes, de toda responsabilidad emergente de esta divulgación autorizada de mi información de salud.

Esta autorización vencerá con la terminación de esta solicitud a menos que el paciente o representante legal especifiquen de forma contraria en: (coloque fecha o evento aplicables) _____

Firma del Paciente o del Representante Legal del Paciente
(adjuntar documentación para el representante legal)

Fecha

El paciente es incapaz de firmar debido a la afección física o mental ya mencionada

Testigo

Fecha

Se requiere la firma de un **segundo testigo** para el consentimiento verbal Autorización
(solamente si el paciente es incapaz de firmar por alguna razón ya mencionada)

Fecha

Intérprete/Traductor:

Puedo hablar con fluidez el inglés y la lengua materna del paciente. He traducido este formulario al paciente. Confirmando que cualquier pregunta del paciente ha sido transmitida y respondida por el Personal del Hospital y expresada al paciente en su lengua materna.

Firma del Traductor/Intérprete

Fecha

La fotocopia se considerará válida como un original
Rev 2-2015

Número de Registro Médico _____