

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Yo (el abajo firmante) autorizo a **The Dimock Center** a divulgar la siguiente información de salud identificada.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____
Nombre de soltera (si corresponde): _____ Número de seguro social: _____
Fecha de nacimiento: _____ Dirección de correo electrónico: _____
Dirección: _____ Número de teléfono: _____
Ciudad, Estado, Código postal: _____

Entiendo que la información de salud protegida en mi registro médico puede incluir información relacionada con enfermedades transmisibles peligrosas, incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o de conducta y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información que se divulgará. Entiendo que mis registros están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad en pacientes con abuso de alcohol y drogas, 42 CFR Parte 2; la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), 45 CFR Pts. 160 y 164; y 105 CMR 164.084, y no se puede divulgar (o volver a publicar) sin mi consentimiento por escrito, a menos que las reglamentaciones dispongan lo contrario. Entiendo que esta información puede divulgarse electrónicamente (por ejemplo, fax, correo electrónico), lo que representa un riesgo para la confidencialidad. También entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas confiando en él. Si actualmente estoy en tratamiento, este consentimiento caduca automáticamente dentro de los 30 días posteriores a la finalización del tratamiento o al recibir el pago por los servicios de tratamiento prestados, el que sea más largo. Si actualmente estoy en tratamiento, esta autorización vence dentro de los 90 días posteriores a la fecha de mi firma, a menos que se indique lo contrario.

Información a divulgar: (marque las casillas apropiadas e incluya otra información donde se indique)

Fechas de tratamiento solicitadas (indicar fechas específicas o lapso de fechas): _____

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Registro completo | <input type="checkbox"/> Lista de alergias | <input type="checkbox"/> Informes de consulta (indique el nombre del Dr.) |
| <input type="checkbox"/> Lista de problemas | <input type="checkbox"/> Registros de vacunación | <i>Nombre del Dr.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> Historial y examen físico | <input type="checkbox"/> Historial más reciente / examen físico | <input type="checkbox"/> Otro(s) - por favor describa: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | _____ |

Mediante las iniciales de mi nombre aquí abajo, autorizo la divulgación adicional de la información específicamente protegida o privilegiada indicada: _____

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resultados de la prueba de VIH | <input type="checkbox"/> Asesoramiento genético | <input type="checkbox"/> Servicios profesionales de un psicólogo con licencia |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico/tratamiento de la hepatitis | <input type="checkbox"/> Registros de tratamiento de uso de sustancias | <input type="checkbox"/> Asesoramiento / terapia de trabajo social |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual (STDS) | <input type="checkbox"/> Kit de recopilación de pruebas de agresión sexual de Massachusetts /Asesoramiento sobre agresión sexual | |

DIVULGAR LA INFORMACIÓN A (si no es paciente)

Nombre: _____
Dirección: _____ Dirección de correo electrónico: _____
Ciudad, Estado, Código postal: _____ Número de teléfono: _____
Propósito de la divulgación: _____

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Centro de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha publicado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi seguro el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza.

Esta autorización vencerá automáticamente en seis meses a partir de la fecha en que se firmó o en la siguiente especificada: ___ / ___ / _____. Entiendo que una vez que se divulga la información anterior, el destinatario puede volver a divulgarla y la información puede no estar protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad .

Entiendo que autorizar la divulgación de la información identificada anteriormente es voluntaria. No necesito firmar este formulario para garantizar un tratamiento de atención médica.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente, si no es paciente: _____

THE
DIMOCK CENTER

Healing and caring for the community for over 150 years.

45 Dimock Street | Roxbury, MA 02119
617.442.8800 X 1268 | Fax: 617.442.4583 | www.dimock.org

Testigo: _____ Fecha: _____