

GREATER NEW BEDFORD COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.

874 Purchase Street, New Bedford, MA 02740 Telephone (508) 992-6553 / Fax (508)997-2498

848 Purchase Street, New Bedford, MA 02740 Telephone (508)984-7031 / Fax (508)984-7034

135 Marion Road, Wareham, MA 02571 Telephone (508)742-3810 / Fax (508)997-2498

**AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERIR  
INFORMACIÓN DE SALUD MEDICA CONFIDENCIAL**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**GNBCHC REGISTRO #:** \_\_\_\_\_ **SS#:** \_\_\_\_\_

Yo autorizo a Greater New Bedford Community Health Center:

Transferir la siguiente información:

Recibir la siguiente información:

PARA: \_\_\_\_\_

DE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Notas de Progreso

\_\_\_\_\_ Registro de Inmunización (vacunas)

\_\_\_\_\_ Expediente Médico Completo

\_\_\_\_\_ Rayos X y Otras Pruebas

\_\_\_\_\_ Pruebas de Laboratorio

\_\_\_\_\_ Otros (especifique)

Fechas de Tratamiento: \_\_\_\_\_

Para el proposito de:  Comunicación Verbal  Legal  Personal  Transferencia de Salud

Yo entiendo que mi registro medico puede contener información de alta confidencialidad. Iniciando las líneas abajo, estoy específicamente autorizando su divulgación.

- Relativo a indentificar, diagnóstico o tratamiento para alcohol y/o uso de drogas.
- Relacionado a enfermedades transmitidas sexualmente.
- Relacionado a SIDA y/o pruebas de) SIDA (HIV), resultados, consejería o tratamiento.
- Información de salud mental, diagnóstico y tratamiento
- Contenido de información relacionado a violación/abuso sexual.
- Contenido de información relacionado a exámen genético aborto o estudios de infertilidad.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**Esta autorización se mantendrá en efecto por un año o como se ha especificado: \_\_\_\_\_**  
**Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización a cualquier momento que yo le provea al Departamento de Expediente Médico una revocación por escrito y esta revocación será honorada a exepción que esta autorización ha sido ya ejecutada. Yo tambien entiendo que esta información puede ser divulgada de nuevo por el recipiente si el recipiente no ha requerido seguir las regulaciones y estatutos de privacidad. Entiendo que mis expedientes médicos están protegidos bajo las regulaciones federales, específicamente 42 CFR Parte 2, y no puede ser divulgado sin mi consentimiento escrito, a menos que sea especificado en las regulaciones. Las regulaciones federales también prohíben cualquier otra re-divulgación de esta información al receptor de mis expedientes médicos. Por este medio, libero al GNBCHC y toda el personal asociado de toda responsabilidad legal o responsabilidad que pueda suceder por la divulgación de mis expedientes.**

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente)

\_\_\_\_\_  
(Padre/Madre, Tutor, Pariente)

\_\_\_\_\_  
(Testigo)

\_\_\_\_\_  
(Relación)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**FOR OFFICE USE ONLY**

Format of requested information:  Fax  Paper  Electronic Processed by: \_\_\_\_\_  
(Name)

Transfer via:  Pick Up  Mail  Fax Date Processed: \_\_\_\_\_