

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-DENTAL

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD MÉDICA CONFIDENCIAL PROTEGIDA

Nombre Del Paciente:	Fecha De Nacimiento:
Patient Label	Dirección:
	Numero De Teléfono:

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Al aceptar DAR EL CONSENTIMIENTO a continuación, autorizo la comunicación verbal, por escrito o mediante el intercambio electrónico de información con el designado a continuación. Dicha comunicación puede incluir solicitar, recibir, proporcionar y utilizar mi información médica. Entiendo que el propósito de la comunicación sobre mí es para permitir que las personas designadas evalúen mis necesidades, me presten servicios y coordinen mis cuidados. Además, entiendo que quizás se me requiera firmar formularios de consentimiento adicionales para calificar para la cobertura de seguro y pagos o ciertos tipos de tratamientos y servicios. Entiendo que mi información médica incluirá toda la información pertinente de mi registro médico, como se describe a continuación:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Mi nombre y otra información de identificación personal. • Mi identidad como solicitante o beneficiario de los servicios de salud, que pueden incluir trastornos por uso de sustancias y/o servicios de salud mental. • El contenido de mi expediente médico, que puede incluir: <ul style="list-style-type: none"> - Problemas/diagnósticos - Resúmenes de visitas/altas/evaluación y examen - Análisis y resultados de laboratorios y radiografías - Medicamentos/inmunizaciones - Procedimientos - Historial familiar/social - Otra información sobre mi salud | <ul style="list-style-type: none"> • Mi expediente médico puede incluir información sobre las siguientes condiciones y tratamientos: <ul style="list-style-type: none"> - Salud mental - Trastorno por uso de sustancias - Enfermedad de Transmisión Sexual - Embarazos/abortos - Abuso doméstico - Violación/agresión sexual - Enfermedades genéticas, análisis y resultados - Mamografías - Otra información sobre mi salud - Pruebas de VIH/SIDA, Resultados, Asesoramiento o Tratamiento |
|---|--|

Por la presente autorizo al Greater New Bedford Community Health Center a:	
TRANSFERIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:	RECIBIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:
PARA:	DE:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

CHECK INFORMATION REQUESTING:

<input type="checkbox"/>	Notas de Progreso	<input type="checkbox"/>	Expediente Médico Completo	<input type="checkbox"/>	Pruebas de Laboratorio
<input type="checkbox"/>	Registro de Inmunización (vacunas)	<input type="checkbox"/>	Rayos X y Otras Pruebas	<input type="checkbox"/>	Otros (especifique)

Fechas de tratamiento: De: _____ Hasta: _____

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

Entiendo que tengo el derecho de excluir el intercambio de ciertos tipos de información de salud. Excluyo lo siguiente: _____

Entiendo que ciertas leyes federales, incluyendo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Información de Salud de 1996 (HIPAA) 45 C.F.R. las partes 160 y 164 permiten que los proveedores y otras organizaciones de salud intercambien gran parte de mi información de salud sin mi consentimiento, para proporcionarme tratamiento, recibir el pago de mis cuidados, administrar y coordinar mis cuidados. Además, entiendo que mis proveedores de atención médica están legalmente autorizados u obligados a proporcionar parte de mi información médica sin mi consentimiento a otros proveedores de atención médica, agencias de salud y orden público para fines que incluyen, entre otros, emergencias médicas, informes de calidad, auditorías, delitos contra personas y bienes y ciertas órdenes legales. Entiendo que el Greater New Bedford Community Health Center (GNBCHC) no es responsable de la redistribución autorizada o no autorizada de mi información de salud por parte de los proveedores de servicios. Entiendo que mis registros de trastornos por uso de sustancias están protegidos por la ley federal, incluyendo las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias, 42 C.F.R. (SAMSHA) no puede divulgarse sin consentimiento por escrito, a menos que los reglamentos dispongan lo contrario.

Firma del apoderado legal del paciente o representante autorizado:

Fecha:

Nombre Del Paciente:

Fecha De Nacimiento:

Entiendo que los siguientes proveedores de servicios de salud, incluyendo su personal, empleados y entidades contratadas, pueden proporcionar o recibir mi información médica con propósitos de evaluación de mis necesidades, proporción de servicios y coordinación de mis cuidados. Entiendo que sólo los proveedores que necesitan coordinar un aspecto específico de mi tratamiento proporcionarán o recibirán información sobre ese aspecto del tratamiento.

_____ Designación general: Entiendo que cualquiera de mis proveedores de tratamiento puede proporcionar o recibir mi información médica con fines de tratamiento. Entiendo que tengo derecho a obtener, con previa solicitud, una lista de entidades a las que se ha divulgado mi información médica (Lista de divulgación), de acuerdo con la designación general.

MI ELECCIÓN DE CONSENTIMIENTO

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento.

_____ DOY CONSENTIMIENTO. Con mi firma a continuación, reconozco que di mi consentimiento, como indicado anteriormente, de forma libre, voluntaria y sin coacción. Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento; sin embargo, cualquier información que ya se haya intercambiado no se puede recuperar. Si no revoco este

_____ RECHAZO EL CONSENTIMIENTO. Al firmar a continuación, reconozco que me he negado a dar mi consentimiento para que mis proveedores de atención médica comuniquen entre sí mi información de salud. Reconozco que, al rechazar mi consentimiento, mis profesionales de la salud pueden tener límites en su capacidad para proporcionar y coordinar mis cuidados médicos.

Firma del Paciente

Fecha Efectiva

Firma del Apoderado Legal del Paciente o Representante Autorizado

Fecha Efectiva

Nombre en letra de molde del Apoderado Legal o Representante Autorizado

Descripción de la autoridad
(Si es firmado por el Apoderado Legal o un Representante Autorizado)

Firma del Traductor (Si es aplicable)

Nombre del Traductor

