



New Bedford Community Health
874 Purchase Street New Bedford, MA 02740
Teléfono: (508)-992-6553
Fax principal: (508)-997-2498
Fax solo para el Departamento Dental: (508)-984-7034

Autorización para la divulgación de información médica protegida

Escriba con letra de imprenta

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Número de expediente médico (solo para el personal): _____

Al firmar esta autorización,

autorizo el uso o la divulgación de mi información médica confidencial y/o protegida conservada por ("información de parte de"):

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Mi información médica confidencial y/o protegida puede ser divulgada de acuerdo con esta autorización a ("información para"):

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

ALCANCE DEL USO O LA DIVULGACIÓN:

Toda mi información médica, que incluye mis historias clínicas (notas, análisis de laboratorio, vacunas, etc.), toda la información psiquiátrica o sobre el consumo de alcohol o drogas creada o recibida por la organización, para todas las fechas de servicio. Esto **no** incluye, si corresponde, información relacionada con el VIH/SIDA, pruebas genéticas o notas de psicoterapia.

Escriba sus iniciales aquí si otorga la autorización:

_____ Comunicación **bidireccional** sobre mi información médica protegida entre las personas/partes mencionadas anteriormente, de manera escrita y verbal.

_____ Comunicación **unidireccional** sobre mi información médica protegida entre las personas/partes mencionadas anteriormente, de manera escrita y verbal.

_____ Deseo limitar esta autorización a fecha(s) específica(s) de servicio:

ALCANCE DEL USO O LA DIVULGACIÓN: INFORMACIÓN CON PROTECCIONES ADICIONALES

Escriba sus iniciales aquí si otorga la autorización:

_____ Información sobre el **VIH/SIDA**, que incluye (i) si la prueba se ha ordenado o realizado y (ii) los resultados de la prueba.

_____ Información sobre **pruebas genéticas**.

_____ Información sobre **notas de psicoterapia**.

PROPÓSITO DEL USO O LA DIVULGACIÓN:

Marque los motivos de esta autorización.

_____ Coordinación del tratamiento _____ Transferencia de la atención

_____ Legal _____ Personal

_____ Otro _____

Entiendo que ciertas leyes federales, incluida las partes 160 y 164 del 45 C.F.R. de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Información de Salud de 1996 (Health Information Portability and Accountability Act, HIPAA), permiten que los proveedores y otras organizaciones de atención médica intercambien gran parte de mi información médica sin mi consentimiento para proporcionarme tratamiento, recibir un pago por mi atención, administrar y coordinar mi atención. Entiendo que los siguientes proveedores de atención médica, incluido su personal, sus empleados y entidades contratadas, pueden proporcionar o recibir mi información médica con el fin de evaluar mis necesidades, brindarme servicios y coordinar mi atención. Entiendo que solo los proveedores que necesiten coordinar un aspecto particular de mi atención proporcionarán o recibirán información sobre ese aspecto de mi atención. Además, entiendo que mis proveedores de atención médica están autorizados u obligados por ley a proporcionar parte de mi información médica sin mi consentimiento a otros proveedores de atención médica, a agencias de salud pública y a las fuerzas del orden para fines que incluyen, entre otros, emergencias médicas, informes de calidad, auditorías, delitos contra las personas y la propiedad, y ciertas órdenes legales. Entiendo que New Bedford Community Health (NBCH) no es responsable de la nueva divulgación, ya sea autorizada o no, de mi información médica por parte de los proveedores receptores. Entiendo que mis registros de trastornos por uso de sustancias están protegidos por la Parte 2 del 42 C.F.R. de la ley federal, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que la normativa disponga lo contrario.

Reconozco que me notificaron mis derechos relacionados con la confidencialidad de mi información y de mis registros de tratamiento de acuerdo con la HIPAA y la Parte 2 del 42 C.F.R., y además reconozco que entiendo esos derechos. Con mi firma a continuación, reconozco que otorgué mi consentimiento como se indica anteriormente, de manera libre, voluntaria y sin coerción. 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 he revocado este consentimiento, éste expirará un año después de la fecha en que se firme este consentimiento.**

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____