

**AUTHORIZATION FOR THE
DISCLOSURE OF PROTECTED
HEALTH INFORMATION**

(SPANISH)

Page 1 of 2

PATIENT TO COMPLETE THIS SECTION:

FULL NAME:

ADDRESS:

BIRTHDATE/AGE:

SEX:

ECD / ACCOUNT NUMBER:

PRINT CLEARLY IN INK OR IMPRINT WITH PATIENT'S CARD

- Marque aquí si quiere que UMass Memorial Medical Center **RECIBA** de otro proveedor de cuidado la historia médica de este paciente.
- Marque aquí si quiere que UMass Memorial Medical Center **DIVULGUE** la historia médica de este paciente a la persona que usted nombra a continuación:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

A. ¿Quiere recibir esta información en formato electrónico? Sí No

Correo electrónico: _____

Yo entiendo que mi historia médica puede incluir información general acerca de mi salud mental, abuso de alcohol o drogas, enfermedades de transmisión sexual, aborto u otra información que yo considere privada. Yo entiendo que esta autorización está relacionada con información obtenida durante o antes de la fecha en que fue firmada.

Yo autorizo a que se divulgue la siguiente información en las fechas que recibí atención, o sea desde **B.** _____ hasta **C.** _____.

D. HISTORIA GENERAL

- Estudios cardiacos-Corazón
 Consultas
 Resúmenes del alta
 EEG/EMG/estudios del sueño
 Informe servicios de emergencia

TODOS LOS RECORDS

- Inmunizaciones
 Resultados de laboratorio
 Notas clínicas Dr. _____
 Informes operación/intervención
 Informes de patología

- Notas del alta – cuidado del paciente
 Lista de problemas
 Estudios del pulmón/respiratorios
 Informes de radiología
 Notas de rehabilitación/TF/TO/Habla

OTRO (especificar): _____

E. HISTORIA PROTEGIDA POR LEY DEL ESTADO (*marcar la casilla de la información que se da a conocer*)

- Aborto
 Abuso de alcohol o drogas
 Consejería por violencia doméstica
 Estudios genéticos
 Resultados/Tratamiento VIH/SIDA
 Salud mental-Incluyendo notas de psicoterapia
 Consejería por agresión sexual
 Enfermedades de transmisión sexual

OTRO (especificar): _____

F. EL OBJETIVO DE LA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN ES PARA:

- Cita con especialista
 Transferir el cuidado a nuevo proveedor
 Abogado, caso legal
 Incapacidad, solicitud de seguro, reclamo
 Uso personal
 Pre-empleo

OTRO (especificar): _____



YO ENTIENDO QUE:

- Esta autorización es voluntaria. No tengo que firmar para recibir tratamiento a menos que el propósito del tratamiento sea para proveer información a terceros (por ejemplo: examen físico para empleo).
- Puedo revisar o copiar la información que se divulgará, como previsto en el Aviso Conjunto de Prácticas de la Información (Joint Notice of Information Practices).
- Puede haber un costo para fotocopiar la información de mi salud.
- Toda divulgación de información tiene el potencial de otra divulgación no autorizada. Yo eximo a UMass Memorial Medical Center de cualquier responsabilidad legal que pueda surgir por la divulgación o redivulgación de esta información.
- Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento presentando una revocación por escrito al Health Information Management (Departamento de Manejo de Información de la Salud) en la dirección que abajo se menciona. La revocación no aplica para la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. La revocación no aplica a mi seguro ya que la ley otorga a mi aseguradora el derecho a contestar un reclamo bajo mi póliza.

Vencimiento de la Autorización: a menos que sea revocada de otra manera, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición:

G. _____. Si yo fallo en especificar la fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización estará vigente por un período no mayor de noventa (90) días a partir de la fecha de la firma abajo, excepto cuando regulaciones federales o estatales lo especifiquen de otra manera. En tales situaciones, el período más corto es el que tendrá vigencia.

**YO HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE DOCUMENTO Y
AUTORIZO A QUE SE DIVULGUE LA INFORMACIÓN QUE SE SOLICITA MÁS ARRIBA.**

H. Firma del paciente, padre o representante* legal

I. Fecha

J. Relación o parentesco con el paciente

K. Testigo de la firma

L. Fecha

M. Para uso del Hospital solamente
Identification (MA License or Other)

**Si se firma como representante legal, también debe presentar el documento apropiado que lo confirme.*

**N. Health Information Management
UMass Memorial Medical Center
55 Lake Avenue North, Worcester, MA 01655
Tel 508-334-5700 opt. 1 Fax 508-334-9721**

****Una copia completa de esta autorización se debe entregar al paciente.****

