



Autorización para comunicar información de salud protegida (PHI) y obtener PHI de otros proveedores de salud

Información del paciente

Apellido _____ Nombre _____ Inic. 2.º nombre ____ Fecha de nac. __/__/__

Dirección _____ Apt. # _____

Ciudad _____ Estado _____ C. P. _____

Teléfono del hogar (____) _____ - _____ Teléfono alternativo (____) _____ - _____

Información para divulgar y/o compartir: Autorizo a CHA a divulgar y/o comunicar información a otros proveedores de salud y hospitales. Entiendo que la información puede incluir, entre otras cosas, los siguientes detalles para mi atención médica: Enfermedades de transmisión sexual; violencia doméstica; análisis genéticos; hepatitis; antecedentes de VIH y resultados de pruebas; acoso/abuso/agresión sexual; salud conductual; tratamiento por abuso de drogas o alcohol (incluso si mis registros médicos contienen información sobre tratamientos por consumo de drogas o alcohol protegida por la Regulación 42 CFR, Parte 2).

DURACIÓN: Entiendo que la presente autorización tendrá vigente hasta su fecha de expiración *que es un año después de mi firma a continuación.*

Información obtenida del/o comunicada al siguiente hospital, establecimiento o persona

Seleccione: Psiquiatra Terapeuta PCP Escuela Padre Cónyuge Otro familiar DMH
 DCF Programa de residencia Otro: _____

Nombre: _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____

Estado: ____ **C. P.:** _____ **Teléfono:** _____ **Fax:** _____

La información solicitada debe enviarse al siguiente establecimiento de CHA:

Nombre: _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____

Estado: ____ **C. P.:** _____ **Teléfono:** _____ **Fax:** _____

Propósito:

Atención médica Seguro Legal Personal

Otro: _____



Autorización para comunicar información de salud protegida (PHI) y obtener PHI de otros proveedores de salud

Información a obtener/divulgar: (especificar fechas)

Comunicación verbal (abarca desde el nacimiento hasta la actualidad, excepto que se indique lo contrario): _____

Registro completo: _____

Otra (especificar el tipo de información): _____

Registro resumido (por ejemplo, antecedentes y estudios, informes de análisis, resumen de altas): _____

Al firmar a continuación, autorizo a Cambridge Health Alliance a divulgar mi información médica incluida aquella información sumamente sensible. Entiendo que una vez que Cambridge Health Alliance divulgue mi información médica, Cambridge Health Alliance no podrá garantizar que el destinatario no la divulgue a terceros que podrían o no estar obligados por la ley a mantener la confidencialidad de mi información.

Puedo negarme a firmar o revocar (en cualquier momento) esta autorización por cualquier motivo; en caso de que me niegue a firmarla, no afectará de ninguna manera mi tratamiento en Cambridge Health Alliance. Entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta su fecha de finalización o hasta que presente una notificación de revocación por escrito a la Oficina de Privacidad de Cambridge Health Alliance en la dirección que se enuncia abajo. La revocación entrará en vigor de inmediato una vez que Cambridge Health Alliance reciba mi notificación por escrito, pero la revocación no tendrá ningún efecto en las acciones llevadas a cabo antes de la fecha de recepción de mi revocación.

Puedo ponerme en contacto con el Oficial de Privacidad de Cambridge Health Alliance por correo postal: 103 Garland St, Everett, Ma 02149, o a través del Departamento de Administración de Información de Salud de CHA (Health Information Management - H.I.M.) .

He leído y entiendo los términos de la presente autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

acerca de la divulgación de mi información de salud. Al firmar a continuación, autorizo de forma consciente y voluntaria a Cambridge Health Alliance a divulgar mi información de salud como se

Firma del paciente/persona autorizada a firmar por el paciente:

Signature of Patient/Signature of person authorized to sign for patient

_____ Fecha _____ Hora _____

Relación con el paciente: Padre Representante legal

Sí No Se recurrió a un intérprete para obtener este consentimiento