**Autorización para divulgar Información del Historial Médico**

**Información del Paciente**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Liberación de Información**  *Por la presente autorizo al Centro de Salud Edward M. Kennedy a:*

 **Entregar mi Registro Médico a: Obtener mi Registro Médico de: Entregarme una copia**

Nombre/Instalaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Atención a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Propósito del pedido: Personal Continuidad de cuidado (referido (2da Opinión) Transferencia de cuidado (Nuevo Doctor) Razón de la transferencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Legal Seguro Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo deseo mi Registro Médico en el siguiente formato: Papel Electrónico

**Información a ser entregada: *Por favor sea específico–****incluya fechas de tratamiento y nombre del doctor si fuese aplicable*

 Registro Médico Completo Rango de Fechas: del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Protección Estatutaria e Información sensitiva**

**Su autorización informada es requerida para liberar los registros que contengan la información abajo indicada. Por favor marque y ponga sus iniciales en aquellas categorías para las cuales usted está autorizando la liberación de información**

 Salud Mental Iniciales: \_\_\_\_\_\_\_\_ Depresión/Ansiedad Iniciales: \_\_\_\_\_\_\_

 Alcohol/ Abuso de sustancias Iniciales: \_\_\_\_\_\_\_\_ Domestica/Asalto Sexual Iniciales: \_\_\_\_\_\_\_

 VIH Iniciales: \_\_\_\_\_\_\_\_ Prueba Genética Iniciales: \_\_\_\_\_\_\_

 Enfermedades de transmisión

sexual Iniciales: \_\_\_\_\_\_\_\_ Abortos Iniciales: \_\_\_\_\_\_\_

*Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando una declaración escrita al Departamento de Registros Médicos. Entiendo que la revocación no puede ser aplicada a información que ya fue liberada en respuesta a esta autorización. Entiendo, salvo que haya revocación o se indique lo contrario, que esta autorización tiene una validez de 12 meses.*

*Por favor especifique fecha de expiración si fuese diferente a 12 meses: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Yo entiendo que esta autorización para divulgar mi información de salud es voluntaria. No requiero firmar este documento para asegurar tratamiento. Entiendo que cualquier divulgación de información puede acarrear una potencial divulgación involuntaria de información que puede que no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad.*

**Firmas**

Firma del Paciente/Representante legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si es firmado por un representante legal, Indique relación con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Records sent on \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ by site staff Framingham Milford Worcester Medical Records Department*

Reviewed 09/28 GL-MR-103.15-F