

# Autorización para el uso o la divulgación de información acerca de la historia clínica

**Devolver los formularios completos a:**

Historia clínica núm.:

**Regrese a su consultorio local** Formulario revisado por: \_\_\_\_\_

### Información del paciente

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Nombre del plan del seguro: \_\_\_\_\_

### Por la presente autorizo Trinity Health Of New England Medical Group:

**Elija una opción:**     Divulgar la información de mi historia clínica a     Obtener información médica de

Nombre/Entidad: \_\_\_\_\_ Atención: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Propósito de la solicitud:     Personal     Derivación     Legal     Seguro     Otro \_\_\_\_\_  
 Transferencia desde el consultorio/¿motivo? \_\_\_\_\_

### Historia clínica que se divulgará específicamente:

Solicito un resumen de 2 años de mi historia clínica.  
 Solicito una copia de mi historia clínica completa.  
 Brinde la información específica que se indica a continuación:

	Fechas de tratamiento	
	Fechas de tratamiento	
	Fechas de tratamiento	

Los cargos por las copias médicas se rigen por las normas estatales y federales. También se cobran gastos de envío.



**IMPORTANTE** - Es de extrema importancia que seleccione una de las opciones, **SÍ** o **NO**, y **escriba sus iniciales** en cada uno de los ítems de esta sección, *Autorización para divulgar información sanitaria protegida*. Omitir algún ítem podría afectar su capacidad para completar la solicitud y causar demoras adicionales.

	Sí	o	No	Inicial
> Prueba de VIH	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
> Comunicaciones de Allied Salud Mental y Servicios Humanos.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
> Pruebas genéticas	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
> Comunicaciones de psicólogos y trabajadores sociales	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
> Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
> Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

**Plazo:** Esta autorización tendrá vigencia hasta que Trinity Health Of New England Medical Group cumplan con esta solicitud. **Revocación:** Comprendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento enviando una solicitud de revocación a Trinity Health Of New England Medical Group por escrito a la dirección que figura debajo. La revocación entrará en vigor inmediatamente cuando Trinity Health Of New England Medical Group reciban mi notificación por escrito. Comprendo que la revocación no tendrá ningún efecto en ninguna acción realizada por Trinity Health Of New England Medical Group de conformidad con esta Autorización antes de que hayan recibido mi notificación de revocación por escrito.

La notificación por escrito debe enviarse por correo a: **Health Information Management Department, 444 Montgomery Street, Chicopee, MA 01020**

**Efecto sobre el tratamiento:** Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización por cualquier motivo, y que esa negativa no afectará el comienzo, la continuación, la calidad o el pago del tratamiento en Trinity Health Of New England Medical Group.

**Potencial de divulgación ulterior:** Comprendo que la persona que reciba mi información sanitaria protegida puede no estar obligada a cumplir con las leyes de privacidad estatales y federales, y que es posible que mi información sanitaria protegida deje de estar protegida por las leyes estatales y federales aplicables una vez que Trinity Health Of New England Medical Group la divulgue.

**Firme aquí** →

Firma del paciente

Fecha →

Fecha