

## Upham's Community Care

Health Center | PACE | Home Health Care

500 Columbia Road

Dorchester, MA 02125

Pho:(617) 287-8000 / Fax: (617)287-1500

Upham's Community Care  
Serving the community since 1971

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA O PRIVILEGIADA

Yo, o el padre/tutor del paciente nombrado a continuación, entiendo que tengo derecho a inspeccionar mi información de salud protegida en UCC, para recibir una copia de mi información de salud protegida (o designar y autorizar a otra persona a recibir una copia de la misma), o cualquier combinación de los mismos. Entiendo que mi solicitud de acceso a mis registros puede estar sujeta a algunas limitaciones legales y/o limitaciones establecidas por el gobierno federal y aplicadas por un profesional de atención médica autorizado para garantizar mi salud y seguridad y la seguridad de los demás.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL PACIENTE: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____
DIRECCIÓN DEL PACIENTE: _____	APT. #: _____
CIUDAD: _____	ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
CONTACTO TELEFÓNICO #: _____	TELÉFONO ALTERNO #: _____

## POR FAVOR MARQUE LA CASILLA A CONTINUACIÓN PARA INDICAR SU SOLICITUD:

- Me gustaría inspeccionar los registros identificados a continuación
- Me gustaría recibir una copia impresa/en papel de los registros identificados a continuación
- Me gustaría recibir una copia electrónica de los registros identificados a continuación en el siguiente formato:
- De forma segura a través de **MyChart**
  - Unidad USB/Zip [UCC cobra el costo de la unidad USB/zip]
  - Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- Por favor envíeme los registros por correo o correo electrónico a la dirección anterior.
- Recogeré los registros en UCC
- Me gustaría que la siguiente persona o entidad reciba o envíe (como se indica) una copia de los registros identificados a continuación:

<input type="checkbox"/> Hacia <input type="checkbox"/> Desde
Upham's Corner Health Committee, Inc. <i>(Name of Person or Facility)</i>
500 Columbia Road <i>(Address)</i>
Dorchester, MA 02125

<input type="checkbox"/> Hacia <input type="checkbox"/> Desde
_____ <i>(Nombre de la persona o instalación)</i>
_____ <i>(Dirección)</i>

PROPÓSITO (sel.):  MÉDICO  LEGAL  PERSONAL  ESCOLAR  SEGURO  TRANSFERENCIA

OTRO (Favor Especifique): \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN QUE SE PUEDE DIVULGAR (Marque todo lo que corresponda y especifique las fechas)
<input type="checkbox"/> Notas de la visita a la clínica [Fecha(s): _____]
<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio [Fecha(s): _____]
<input type="checkbox"/> Informes de radiología [Fecha(s): _____]
<input type="checkbox"/> Exámen físico más reciente
<input type="checkbox"/> Inmunizaciones
<input type="checkbox"/> Registros de copagos de farmacia [Fecha(s): _____]
<input type="checkbox"/> Registros de facturación [Fecha(s): _____]
<input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifique e incluya fechas): _____



# AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA O PRIVILEGIADA

Marque "SÍ" para indicar si autoriza la divulgación de la siguiente información (si está en sus registros):

- SÍ **Resultados de la prueba de VIH** (Se requiere autorización para cada solicitud de divulgación)
- SÍ **Información sobre el tratamiento médico del VIH/SIDA**
- SÍ **Resultados de pruebas de ITS (infección de transmisión sexual)** e información sobre tratamiento médico (aparte del VIH/SIDA)
- SÍ **Resultados de la prueba de detección genética** (especifique el tipo de prueba: \_\_\_\_\_)
- SÍ **Registros de abuso de alcohol y drogas** protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad 42 CFR Parte 2 (LAS REGLAS FEDERALES PROHÍBEN CUALQUIER DIVULGACIÓN ADICIONAL DE ESTA INFORMACIÓN A MENOS QUE SE PERMITA EXPRESAMENTE UNA DIVULGACIÓN ADICIONAL MEDIANTE EL CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DE LA PERSONA A QUIEN PERTENECE O SEGÚN LO PERMITA EL 42 CFR PARTE 2.) Este consentimiento podrá ser revocado mediante solicitud oral o escrita.
- SÍ **Detalles del diagnóstico y/o tratamiento de salud mental** proporcionados por un psiquiatra, psicólogo o clínico de salud mental autorizado (entiendo que es posible que no se requiera mi permiso para divulgar mis registros de salud mental con fines de pago)
- SÍ **Detalles de orientación para víctimas de violencia doméstica**
- SÍ **Detalles de orientación sobre agresión sexual**

### Entiendo y acepto que:

- Upham's Corner Health Committee, Inc. (UCC) no puede controlar cómo el destinatario usa o comparte la información, y las leyes que protegen su confidencialidad en UCC pueden o no proteger esta información una vez que se ha entregado al destinatario.
- Esta autorización es voluntaria.
- Mi tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud o elegibilidad para beneficios no se verán afectados si no firmo este formulario.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito al Supervisor de Registros Médicos de UCC, excepto:
  - si ya se han tomado medidas basándose en esta autorización.
  - si la autorización se obtiene como condición para obtener la cobertura del seguro, otras leyes otorgan al asegurador el derecho a impugnar una reclamación en virtud de la póliza
- *Esta autorización caducará automáticamente en 90 días o en otro caso, según se indique:*

Sobre un evento o fecha específica (ESPECIFICAR EVENTO O FECHA) \_\_\_\_\_

\*NOTA: Si está registrado en MyChart, tiene acceso a sus registros médicos.

**He leído atentamente y entiendo lo anterior, me han explicado todas las preguntas a mi satisfacción y autorizo voluntariamente la divulgación de la información anterior o los registros médicos de mi condición a las personas o agencias enumeradas.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Imprimir nombre: \_\_\_\_\_

Cuando el paciente es menor de edad o no es competente para dar su consentimiento, se requiere la firma de un padre, tutor u otro representante legal.

Firma del Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Imprimir nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

### Sólo para uso interno

Formulario revisado e información divulgada por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Identificación para recoger en persona (marque uno con un círculo): Licencia Identificación estatal Pasaporte Otra identificación con fotografía