

Autorización para utilizar o divulgar información de la historia clínica

Devolver los formularios completados a:

N.º de historia clínica:

Connecticut - a su consultorio local
Massachusetts - Enviar por fax al (413) 782-4047

Formulario revisado por: _____

Información del/de la paciente

Nombre del/de la paciente (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección del/de la paciente: _____ N.º de teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Correo electrónico: _____
 Nombre del plan del seguro: _____

Por el presente, autorizo a Trinity Health Of New England Medical Group:

Elija una opción: A divulgar la información de mi historia clínica a A obtener información médica de
 Nombre/Centro: _____ A la atención de: _____
 Dirección: _____ N.º de teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ N.º de fax: _____
 Objetivo de la solicitud: Personal Remisión Legal Seguro Otro _____
 Traslado del consultorio/¿motivo? _____

Registros específicos que se divulgarán:

- Solicito me proporcionen un resumen de 2 años de mi historia clínica.
- Solicito me proporcionen una copia de mi historia clínica completa.
- Solicito me proporcionen la información específica como se indica a continuación:
 _____ Fecha(s) del tratamiento _____
 _____ Fecha(s) del tratamiento _____
 _____ Fecha(s) del tratamiento _____

Los cargos por las copias médicas se rigen por las regulaciones estatales y federales. Las tarifas que Sharecare cobrará se calculan en función de las tarifas basadas en los costos de la HIPAA (que permite el cobro de las copias de las historias clínicas) o de la ley estatal... lo que sea menor.

Autorización para divulgar información médica protegida:



IMPORTANTE - Es sumamente importante que seleccione **SÍ** o **NO** y **escriba sus iniciales** en cada uno de los puntos contenidos en esta sección Autorización para divulgar información protegida. No omita ninguna línea; si lo hace, es posible que no podamos atender su solicitud, además de causar retrasos adicionales.

	Sí	o	No	Iniciales
> Prueba de VIH	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
> Comunicaciones de profesionales de 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"/>	_____

Vigencia: Esta autorización permanecerá en vigor hasta que Trinity Health Of New England Medical Group cumpla con esta solicitud. **Revocación:** Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento solicitándolo a Trinity Health Of New England Medical Group por escrito en la dirección que se indica a continuación. La revocación entrará en vigor inmediatamente después de que Trinity Health Of New England Medical Group reciba mi aviso por escrito. Entiendo que la revocación no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción tomada por Trinity Health Of New England Medical Group en función de esta Autorización antes de que recibiera mi aviso de revocación por escrito. El aviso por escrito debe enviarse a: **Health Information Management Department, 444 Montgomery Street, Chicopee, MA 01020**

Efecto en el tratamiento: Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización por cualquier motivo y que dicha negativa no afectará el inicio, la continuación, la calidad o el pago de dicho tratamiento en Trinity Health Of New England Medical Group.

Posibles nuevas divulgaciones: Entiendo que la persona que reciba mi información médica protegida puede no estar obligada a cumplir con las leyes federales y estatales de privacidad y que mi información médica protegida puede dejar de estar protegida por la ley estatal y federal aplicable una vez que sea divulgada por Trinity Health Of New England Medical Group.

Firme aquí 

 Fecha

Firma del/de la paciente

Fecha

Firma del representante personal

Autoridad para actuar en nombre del/de la paciente

Fecha

