



Estimado Paciente,

Si usted está solicitando copias de su expediente médico es importante recordar que todas las oficinas médicas están limitadas por leyes federales muy estrictas con respecto a la divulgación de información sensible. Nuestra preocupación número uno es hacer este proceso lo más fácil posible para que usted pueda recibir rápidamente la información solicitada. Por eso es importante que usted complete la **AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD** completa y correcta para que podamos proporcionar la información que ha solicitado. Por favor imprima y envíe por correo o fax a la dirección de su médico.

Nuestros honorarios por ubicar su expediente, revisar y copiar la información solicitada y enviárselo por correo a usted, son los siguientes:

Por Historia Clínica Abstracta 0- 3 Años (por ejemplo: Historia y Exámenes Físicos, Informe de Operaciones, Consultas, Resultados de Análisis, Resumen de Altas, Visitas al Consultorio) el precio es **\$6.50**

Para todo otro pedido la tarifa será por la Ley General de Massachusetts, que es la siguiente:

\$24.37 para gastos administrativos más **\$0.82** por pagina por las primeras 100 páginas copiadas y **\$0.42** por página por cada página que exceda las 100 páginas.

Usted puede pagar con efectivo, cheque o tarjeta de crédito

VISA

MASTERCARD

Tarjeta
numero:

Fecha de
vencimiento

Nombre como aparece en la tarjeta

Nombre del
Paciente

Fecha de
Nacimiento

La información que usted solicitó le será enviada por correo dentro del plazo establecido en el estatuto de Massachusetts que es de 30 días desde el recibo de su completa y firmada autorización y su pago. Si usted tiene alguna pregunta por favor no dude en llamar a Pentucket Medical, Departamento de Medical Records:

	<u>PHONE</u>	<u>FAX</u>
Haverhill:	(978) 469-5459	(978) 469-5395
Haverhill Pedi	(978) 469-5337	(978) 521-3256
River Walk:	(978) 557-8816	(978) 557-8777
Newburyport	(978) 499-7289	(978) 499-7388
Andover	(978) 469-5459	(978) 469-5395



Envíe por correo o fax:

AUTORIZACIÓN PARA EXPEDIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (AMPARADA POR LA LEY)

A. DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NÚMERO DE REGISTRO MÉDICO _____

DIRECCIÓN: CALLE: _____ APARTAMENTO #: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____

TELÉFONO DE CONTACTO #: DÍA: () _____ NOCHE: () _____

B. AUTORIZACIÓN PARA EXPEDIR: Yo autorizo para que se expida mi información médica protegida

<p>De:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>_____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Enviado por:</p> <p><input type="checkbox"/> Correo</p> <p><input type="checkbox"/> Correo electrónico (correoseguro)</p> <p>Dirección de correo-e: _____</p>	<p>PARA:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>_____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Facsímil: _____</p> <p>Por motivo de: (marque la casilla debida)</p> <p><input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Otro (detalle)*</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro* _____</p> <p><input type="checkbox"/> Asunto jurídico* _____</p> <p><input type="checkbox"/> Personal*</p> <p><input type="checkbox"/> Entidad educativa * Las copias pueden tener costo</p>
--	--

C. INFORMACIÓN A EXPEDIR (Seleccione todo lo que corresponda y anote la fecha):

<input type="checkbox"/> Resumen de historia clínica / fechas _____ <i>(exámenes, informes de cirugía, consultas, pruebas, resumen clínico de alta)</i>	<input type="checkbox"/> Informes de radioterapia / fechas _____
<input type="checkbox"/> Apuntes de consultas / fechas _____	<input type="checkbox"/> Informes de radiología / fechas _____
<input type="checkbox"/> Informe de alta / fechas _____	<input type="checkbox"/> Fotografías / fechas (puede tener costo) _____
<input type="checkbox"/> Informe de laboratorio / fechas _____	<input type="checkbox"/> Registros de facturación / fechas _____
<input type="checkbox"/> Informe de cirugía / fechas _____	<input type="checkbox"/> Otros (detalle y anote las fechas) _____
<input type="checkbox"/> Informe de patología / fechas _____	_____



HEALTHCARE

AUTORIZACIÓN PARA EXPEDIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (AMPARADA POR LA LEY)

D. Marque en la casilla correspondiente para indicar que SÍ autoriza expedir esa información si se encuentra en su historia clínica:

- Resultados de pruebas para VIH (REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA CADA SOLICITUD). FECHAS:
Resultados de pruebas genéticas (TIPO DE PRUEBA)
Informes sobre consumo de alcohol o drogas, amparados por reglamento federal de confidencialidad...
Otro(s): Detalle
Detalles de diagnóstico o tratamiento de salud mental dado por un psiquiatra, psicólogo, enfermera...
Comunicaciones confidenciales con asistente social licenciado en salud mental.
Detalles de asesoría para víctimas de violencia en el hogar.
Detalles de asesoría para víctimas de agresión sexual.

E. Entiendo y acepto que:

- Partners HealthCare System (PHS) no puede controlar cómo la parte recipiente usará o divulgará la información...
Esta autorización es voluntaria.
Si me rehúso a firmar esta autorización, esto no afectará mi tratamiento, pago, afiliación a plan de salud...
Puedo retirar esta autorización en cualquier momento entregando aviso por escrito al mismo Departamento o consultorio...
Esta autorización se vencerá automáticamente 6 meses después de la fecha que fue firmada...
Mis preguntas sobre esta autorización han sido respondidas

Firma del paciente: Fecha:

Escriba su nombre en letra de molde:

Si el paciente es menor de edad o si está incapacitado para autorizar, se exige la firma de uno de los padres, tutor legal o representante legal.

Firma del Representante Legal: Fecha:

Nombre en letra de molde: Parentesco del representante:

For Internal Use Only

Information Released/Reviewed By: Date: Clinic/Office:
Pick-up Identification: License: State ID: Passport: Other Photo ID: