Mass General Brigham
Mass Eye and Ear

Mail or Fax Release Form To:
Release of Information
121 Inner Belt Road, Room 240
Somerville, MA 02143-4453
Fax: 617-726-3661
For questions, contact: 617-726-2361
For copies of radiology images or films, contact (617) 573-3555 / Fax (617) 573-3846

AUTORIZACIÓN PARA EXPEDIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (AMPARADA POR LEY)

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED OR PRIVILEGED HEALTH INFORMATION

Escriba de forma legible toda la información para que su solicitud sea procesada de manera oportuna.

A. DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO:_____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

NÚMERO DE REGISTRO MÉDICO _____

DIRECCIÓN: **CALLE:**_____ **Nº APT.:** _____

CIUDAD: **ESTADO:** **ZONA POSTAL:**

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

B. AUTORIZACIÓN PARA EXPEDIR:

Yo autorizo para que se expida mi información médica protegida. Anote de dónde quiere que se envíe la información, y a quién se le envía la información.

DE: (hospital, consultorio, o profesional de salud):

Nombre:_____

Dirección: _____

_____

Teléfono: _____

POR MOTIVO: (marque la casilla adecuada)

- ☐ Atención médica
- ☐ Personal*
- ☐ Seguro*
- ☐ Entidad educativa
- ☐ Asunto jurídico*
- ☐ Otro (detalle)* _____

* Las copias pueden tener costo

PARA: (a quién se envía la información):

☐ Marque aquí si desea que los expedientes sean enviados al paciente a la dirección arriba indicada (sección A); en caso contrario anote abajo la información donde desea enviarla:

Nombre:_____

Dirección: _____

_____

Teléfono: _____

ENVIAR POR:

- ☐ Partners Patient Gateway (si está disponible)
- ☐ Correo electrónico seguro (anote la dirección)
  Correo electrónico del paciente:_____
- ☐ Copia impresa por correo:
- ☐ Fax (anote el número): _____

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

- ☐ Resumen de historia clínica / fechas_____
  (exámenes, informes de cirugía, consultas, pruebas, resumen clínico de alta)
- ☐ Apuntes de consultas / fechas_____
- ☐ Informe de alta / fechas _____
- ☐ Informe de laboratorio / fechas _____
- ☐ Informe de cirugía / fechas _____
- ☐ Informe de patología / fechas _____
- ☐ Informes de radioterapia / fechas _____
- ☐ Informes de radiología / fechas_____
- ☐ Fotografías / fechas (puede tener costo)_____
- ☐ Registros de facturación / fechas _____
- ☐ Otros *(anote detalles e indique fechas)*_____

_____

_____

_____

_____

SCAN TO: PATIENT\AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION

MGB00087 (06/24)

Mass General Brigham
Mass Eye and Ear

AUTORIZACIÓN PARA EXPEDIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (AMPARADA POR LEY)

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

☐ Sí **HIV test Resultados de pruebas para VIH** (REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA CADA SOLICITUD).
FECHAS: _____

☐ Sí **Resultados de pruebas genéticas (TIPO DE PRUEBA)** _____

☐ Sí **Informes sobre consumo de alcohol o drogas**, amparados por reglamento federal de confidencialidad (EL REGLAMENTO FEDERAL PROHÍBE QUE ESTA INFORMACIÓN SE DIVULGUE DE NUEVO A MENOS QUE SE PERMITA EXPLÍCITAMENTE O QUE HAYA CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DE LA PERSONA DE QUIEN SE TRATE O SEGÚN LO PERMITA LA REGLA 42 CFR PARTE 2). Esta autorización puede anularse solicitándolo por escrito o verbalmente.

☐ Sí **Otro(s):** Detalle: _____

☐ Sí Detalles de diagnóstico o tratamiento de salud mental dado por un psiquiatra, psicólogo, enfermera especialista en salud mental o personal clínico licenciado para la salud mental. *Entiendo que puede que no sea necesario obtener mi permiso para expedir mi historia clínica de salud mental si es con motivo de tramitar pagos.*

☐ Sí Comunicaciones confidenciales con asistente social licenciado.

☐ Sí Detalles de asesoría para víctimas de violencia en el hogar.

☐ Sí 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 y que la leyes que amparan su confidencialidad en PHS podrían o no proteger esta información una vez que sea divulgada al recipiente.
- Esta autorización es voluntaria.
- Si me rehúso a firmar esta autorización, esto no afectará mi tratamiento, pago, afiliación a plan de salud, ni posibilidad de ser considerado para recibir beneficios.
- Puedo retirar esta autorización en cualquier momento entregando aviso por escrito al mismo Departamento o consultorio en el cual entregué esta autorización originalmente, excepto:
  - Si PHS ya obró de acuerdo con lo dispuesto en esta autorización (por ejemplo, si la información ya fue expedida, la misma no puede ser retirada).
  - Si la autorización se obtiene como una condición de lograr una cobertura de seguro, hay otras leyes que proveen al asegurador el derecho de impugnar reclamos bajo la póliza o la póliza misma
- Esta autorización se vencerá automáticamente **6 meses después de la fecha que sea firmada**, a menos que se detalle lo contrario.
- Entiendo que si Partners conserva cualquiera de mis expedientes de otros proveedores externos, los mismos no serán expedidos sin que yo lo haya solicitado específicamente en la sección C, bajo ”Otros”. Incluya el nombre de la institución, el proveedor y las fechas (si lo sabe).
- Mis preguntas sobre esta autorización han sido respondidas

➢ **Firma del paciente:**_____ ➢ **Fecha:** _____

➢ **Escriba su nombre en letra de imprenta:** _____

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 con el paciente:** _____

For Internal Use Only

Information Released/Reviewed By: _____ Date _____

Clinic/Office: _____

Pick-up Identification:

_____ License _____ State ID _____ Passport _____ Other Photo ID _____