

## Autorización para la revelación verbal de información médica protegida

### INSTRUCCIONES:

#### Sección 1

- Escriba en letra de imprenta el nombre, la dirección, la fecha de nacimiento, el número del expediente médico (si lo conoce) y la dirección de correo electrónico (opcional) del paciente cuya información médica protegida (Protected Health Information, PHI) se revelará.

#### Sección 2

- Indique el nombre, la dirección y el número de teléfono de los miembros del personal clínico de DFCI a quienes usted les da permiso para que accedan y revelen el contenido de su expediente médico.

#### Sección 3

- Indique cualquier limitación sobre lo que se pueda revelar respecto de la información en su expediente.
- Indique el propósito por el cual se revelarán los expedientes seleccionando el casillero correspondiente.
  - Si ningún casillero indica el propósito previsto, seleccione "Otro" e indique el propósito de la revelación (p. ej., información genética).
- Indique la cantidad de revelaciones permitidas del contenido de su expediente médico.

#### Sección 4

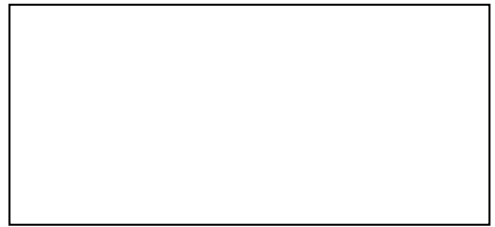
- Información confidencial: La información incluida en la sección 4 requiere otra autorización. Para autorizar la revelación de esta información, coloque sus iniciales según corresponda.
  - Para obtener más información sobre las políticas de privacidad de Dana-Farber, ingrese en [www.dana-farber.org/privacy](http://www.dana-farber.org/privacy).

#### Sección 5

- El paciente cuya PHI se revelará debe firmar y fechar la autorización, O BIEN debe hacerlo el representante autorizado del paciente.
  - Se requiere una firma física para que el formulario sea válido.
  - Si el representante autorizado del paciente es un tutor, albacea o titular de un poder legal, se debe proporcionar la documentación legal en la que se le dé la autoridad para actuar en nombre del paciente.
  - No se acepta un poder para la atención médica como documentación legal cuando se le da permiso a un tercero para que revise su expediente médico.

Envíe este formulario a los Servicios de Información Médica (Health Information Services) usando la siguiente información de contacto:

Correo: DFCI HIS – Correspondence      Fax: 617-632-2020  
27 Drydock Ave, 4<sup>th</sup> Floor      Correo electrónico: DFCIHIS\_ScanningDocuments@dfci.harvard.edu  
Boston, MA 02210



**SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN VERBAL DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

**SECCIÓN 1**

**N.º DE EXPEDIENTE MÉDICO** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

**Dirección del paciente:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Teléfono de contacto del paciente:** ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo/Casa/Celular (encierra con un círculo)

**SECCIÓN 2**

Yo, \_\_\_\_\_, solicito y autorizo a los miembros de mi equipo de atención a revelar mi información médica protegida o la de mi hijo, lo que incluye la información relacionada con la atención recibida en \_\_\_\_\_, a las siguientes personas, centros o agencias en el lugar/centro indicado abajo para los fines mencionados:

Persona/Centro/Dirección	Persona/Centro/Dirección	Persona/Centro/Dirección
_____ (Nombre)	_____ (Nombre)	_____ (Nombre)
_____ (Organización)	_____ (Organización)	_____ (Organización)
_____ (Dirección)	_____ (Dirección)	_____ (Dirección)
_____ (Ciudad, Estado, Código postal)	_____ (Ciudad, Estado, Código postal)	_____ (Ciudad, Estado, Código postal)
_____ (Número de teléfono)	_____ (Número de teléfono)	_____ (Número de teléfono)

**SECCIÓN 3**

Indique cualquier limitación solicitada por el paciente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Propósito (seleccione el casillero correspondiente)

- Atención médica
- Planificación de la atención/ Continuidad de la atención
- Planificación de recursos
- Educación y asistencia
- Otro (especifique)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cantidad de revelaciones autorizadas:

- Una (según corresponda para cumplir con el propósito)
- Ilimitada

**AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN VERBAL DE  
INFORMACIÓN ESPECÍFICAMENTE PROTEGIDA**

Comprendo que los siguientes tipos de información no se revelarán, a menos que haya colocado mis iniciales en las líneas correspondientes:

**SECCIÓN 4**

**Autorizo la revelación de las categorías específicas de información que he INDICADO CON MIS INICIALES abajo:**

\_\_\_\_\_ Resultados de pruebas de VIH (SE REQUIERE LA AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA CADA SOLICITUD DE REVELACIÓN).

\_\_\_\_\_ Resultados de pruebas genéticas (ESPECIFICAR EL TIPO DE PRUEBA) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Expedientes de tratamientos por abuso de drogas y alcohol protegidos por la parte 2, título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Leyes Federales de Confidencialidad (LAS LEYES FEDERALES PROHÍBEN CUALQUIER OTRA REVELACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN, A MENOS QUE ESTÉ EXPRESAMENTE PERMITIDA, QUE LA PERSONA A QUIEN PERTENECE LA INFORMACIÓN DÉ SU CONSENTIMIENTO POR ESCRITO O QUE, DE OTRO MODO, LA PARTE 2, TÍTULO 42 DEL CFR LO PERMITA).

**Información confidencial de:**

\_\_\_\_\_ Psicoterapia (de un psiquiatra, psicólogo o especialista en enfermería clínica de la salud mental)

\_\_\_\_\_ Terapia/Asesoramiento de trabajo social

\_\_\_\_\_ Asesoramiento para víctimas de violencia doméstica

\_\_\_\_\_ Asesoramiento relacionado con abuso sexual

\_\_\_\_\_ Enfermedades de transmisión sexual

**SECCIÓN 5**

Comprendo que:

- Puedo retirar mi autorización antes de la revelación. La autorización se puede retirar, salvo por los siguientes motivos:
  - Si ya se han tomado medidas en función de esta autorización.
  - Si la autorización se obtuvo como condición para recibir cobertura de seguro, otras leyes le dan al asegurador el derecho de objetar un reclamo en virtud de la póliza.
- Puedo negarme a firmar esta autorización. Si me niego a firmar esta autorización, mi tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud o elegibilidad para recibir beneficios no se verán afectados.
- Si la información revelada en virtud de esta autorización vuelve a ser revelada por el receptor, ya no estará protegida por Dana-Farber Cancer Institute/Brigham & Women's Hospital.
- Comprendo que esta autorización quedará sin efecto automáticamente en el plazo de 90 días a partir de la fecha que se indica abajo, o cuando termine el tratamiento, a menos que se especifique lo contrario aquí. \_\_\_\_\_

He leído atentamente y comprendo la información arriba mencionada, todas mis preguntas fueron respondidas a mi satisfacción y, por la presente, autorizo de manera expresa y voluntaria la revelación de la información arriba mencionada o los expedientes médicos sobre mi condición a las personas o agencias indicadas arriba.

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

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL MÉDICO SI CORRESPONDE:**

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Nombre en letra de imprenta del representante legal: \_\_\_\_\_

Relación del representante con el paciente: \_\_\_\_\_