



Autorización por la comunicación de información protegida o privilegiada sobre la salud

Sección 1

FECHA DE NACIMIENTO _____ NÚMERO DE HISTORIAL MÉDICO _____

Nombre del paciente: _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial 2.º nombre)

Dirección de correo electrónico del paciente: _____

Dirección del paciente: _____

Teléfono del paciente _____ trabajo/hogar/móvil

Método preferido para recibir historiales médicos: Correo electrónico seguro Correo postal de los EE.UU.
 Fax Gateway del paciente

Sección 2

Dana Farber Cancer Institute y Brigham and Women's Hospital son miembros de un Convenio de Atención Médica Organizada, según lo permitido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés). Esto significa que Dana-Farber y Brigham and Women's son responsables por separado de entregar historiales médicos a sus respectivos pacientes. Si Dana-Farber o Brigham and Women's reciben una solicitud de copias de historiales médicos de otro hospital, la solicitud se remitirá al hospital que corresponda para que responda a la petición.

Yo, _____, autorizo por la presente al Dana-Farber Cancer Institute a entregar información protegida sobre mi salud, incluyendo copias de mis historiales médicos, a las siguiente(s) persona(s) del centro o establecimiento que se indica(n) a continuación, para el o los propósitos indicados:

(nombre del destinatario autorizado)_____
(dirección de correo)_____
(número de FAX)**Propósito:**

- Atención médica
- Asunto legal*
- Seguro *
- Personal*
- Escuela
- Discapacidad
- Otro*: _____

*Refiérase al Aviso de Prácticas de Privacidad de DFCCI o a la información sobre los posibles honorarios de copiado de este pedido. Puede haber cargos adicionales por el copiado de fotografías.

Sección 3

 Yawkey/Dana DFCCI @ Satellite _____ Paciente interno _____

Información que se comunicará: (Por favor, marque la(s) casilla(s) apropiada(s) de las siguientes notas y/o informes y dé las fechas):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Todo el historial médico | <input type="checkbox"/> Patología _____ |
| <input type="checkbox"/> Cita en la clínica _____ | <input type="checkbox"/> Radiación _____ |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta _____ | <input type="checkbox"/> Laboratorio _____ |
| <input type="checkbox"/> Radiología e imágenes _____ | <input type="checkbox"/> Operatoria _____ |
| <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Radiografías <input type="checkbox"/> Informes | <input type="checkbox"/> Otra (favor de especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Resumen del historial médico (p. ej., resumen de alta, historia clínica y examen físico, informes operatorios, de patología y pruebas) | |

Sección 4

Si corresponde: Autorización para la comunicación de información específicamente protegida o privilegiada

Solicito la comunicación de las categorías específicas de información que he indicado **CON MIS INICIALES** a continuación:

_____ Resultados de pruebas de VIH (SE REQUIERE LA AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE EN CADA caso).
ESPECIFICAR LA(S) FECHA(S) si se sabe(n): _____

_____ Resultados de pruebas genéticas (sin incluir pruebas genéticas terapéuticas)
(ESPECIFICAR EL TIPO DE PRUEBA, SI SE SABE) _____

_____ Historiales de abuso de alcohol y drogas protegidos por las normas de confidencialidad federales 42 CFR Parte 2.
(LAS REGLAS FEDERALES PROHIBEN QUE SE VUELVA A REVELAR ESTA INFORMACIÓN A MENOS QUE DICHA REVELACIÓN ESTÉ EXPRESAMENTE PERMITIDA POR EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA PERSONA A QUIEN PERTENECE O SEGÚN LO PERMITAN LAS NORMAS 42 CFR PARTE 2.)

Detalles confidenciales de:

_____ Salud psiquiátrica (notas de salud mental de un psiquiatra, psicólogo o enfermero especialista en salud mental) _
_____ Consejería de un trabajador social o terapeuta
_____ Consejería por violencia doméstica
_____ Consejería por agresión sexual
_____ Enfermedades de transmisión sexual

Sección 5

Comprendo que:

- Puedo revocar mi autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito al Director de Servicios de Información de Salud (Health Information Services) de Dana-Farber. La revocación entrará en vigor, excepto los siguientes casos:
 - Cualquier acción que se haya tomado en base a esa autorización antes de su revocación.
 - Si se obtiene autorización como condición para conseguir cobertura del seguro, en la medida en que otras leyes le den al asegurador derecho a disputar una reclamación de acuerdo a la póliza.
- Puedo negarme a firmar esta autorización. Si me niego a firmar esta autorización, eso no afectará mi tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud ni mi elegibilidad para beneficios.
- Si el destinatario vuelve a comunicar la información revelada en base a esta autorización, ésta deja de estar protegida por el Dana-Farber Cancer Institute.
- Comprendo que esta autorización caducará automáticamente 6 meses después de la fecha de su firma.
_____ Anote una fecha de caducidad en el espacio de la izquierda si desea que esta autorización sea válida por más de 6 meses.

He leído y comprendo la información anterior. Mis preguntas sobre esta autorización han sido contestadas. Esta autorización es voluntaria.

Firma de la paciente: _____ Fecha/Hora: _____

Nombre en letra de molde: _____

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

Firma del representante legal: _____ Fecha/Hora: _____

Nombre en letra de molde: _____

Relación del representante con el paciente: _____

HIS Use Only:

Type of ID: _____ ID Verified (circle): Y / N Date: ____ / ____ / ____ Time: _____
HIS USE: Dates of Requested Info ____ / ____ / ____ to ____ / ____ / ____ # Pages Given to Pt _____ Initials: _____