



Medical Records Department, 269 Union Street Lynn, MA 01901  
Tel.: 781-581-3900 Fax: 781-598-1050

**Autorización para divulgar información médica protegida**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono (Hogar): \_\_\_\_\_ (Trabajo) o (Celular): \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, autorizo a Lynn Community Health Center a enviar mi historia clínica a:

Nombre (o establecimiento): \_\_\_\_\_ N°. de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ N°. de fax: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, autorizo a Lynn Community Health Center a solicitar mi historia clínica a:

Nombre (o establecimiento): \_\_\_\_\_ N°. de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ N°. de fax: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**\*\*\*Especifique la información que se desea divulgar o solicitar: marque todo lo que corresponda:**

- Copia de mi historia clínica de los últimos dos años: \_\_\_\_\_
- Copia de mi historia clínica completa: \_\_\_\_\_ Fecha(s): \_\_\_\_\_
- Resultados de análisis de laboratorio: \_\_\_\_\_ Fecha(s): \_\_\_\_\_
- Notas de la oficina de la clínica: \_\_\_\_\_ Fecha(s): \_\_\_\_\_
- Historial y físico: \_\_\_\_\_ Fecha(s): \_\_\_\_\_
- Registro de vacunación: \_\_\_\_\_
- Salud conductual: \_\_\_\_\_ Fecha(s): \_\_\_\_\_
- Abuso de sustancias: \_\_\_\_\_ Fecha(s): \_\_\_\_\_
- Lista de medicamentos: \_\_\_\_\_ Lista de problemas: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_ Fecha(s): \_\_\_\_\_

Propósito de la divulgación: Continuidad de la atención médica Legal Seguro Personal

Dejar de asistir a Lynn CHC Otro \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Autorizo a la siguiente persona a retirar mi historia clínica en mi nombre:

\_\_\_\_\_ parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Marque aquí si solicita copias de su propia historia clínica y prefiere recibirlas en formato electrónico (por medio de correo electrónico seguro). Proporcione una dirección de correo electrónico válida:

\_\_\_\_\_

¿Cómo le gustaría obtener su historia clínica?

Impresa en papel  En el domicilio  Retirla personalmente  CD  Fax  USB

**Autorización especial para divulgar información protegida legalmente de la historia clínica:**

Responda SÍ o NO a cada una de las siguientes preguntas para indicar si podemos divulgar la siguiente información (si está incluida en su historia clínica):

Sí  No Resultados/tratamiento de VIH/SIDA (para cada solicitud de divulgación de información, es necesaria la autorización del paciente)

Especifique las fechas: \_\_\_\_\_

Sí  No Pruebas genéticas (especifique el tipo de prueba) \_\_\_\_\_

Sí  No Registros de abuso de alcohol/drogas (protegidos por las leyes federales de confidencialidad 42 CFR Parte 2 (las leyes federales prohíben la divulgación de dicha información salvo que hacerlo esté permitido expresamente por medio de consentimiento escrito de la persona a la que pertenece dicha información o bien, según lo estipulado por 42CFR Parte 2). Este consentimiento puede revocarse ante solicitud verbal o escrita.

Sí  No Aborto

Sí  No Diagnósticos y/o tratamiento para salud conductual/mental proporcionado(s) por un psiquiatra, psicólogo, especialista en enfermería clínica en salud mental o un Licensed Mental Health Clinician (LMHC, consejero licenciado en salud mental).

Sí  No Violencia doméstica

Sí  No Abuso de menores/ancianos/personas discapacitadas

Sí  No Violación/acoso sexual

Sí  No Enfermedades de transmisión sexual

Comprendo y acepto lo siguiente:

\*Esta autorización tendrá vigencia durante 90 días a partir de la fecha mencionada arriba o según se especifique: \_\_\_\_\_

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento si presento una revocación escrita al medical record department y comprendo que dicha revocación se cumplirá excepto en caso de que dicha autorización ya se haya efectuado. Comprendo que no estoy obligado a firmar este documento y he leído y comprendido los términos de esta autorización de divulgación de historia clínica.

- Esta autorización es voluntaria.
- Mi tratamiento, el pago de este, la inscripción en el plan de salud médica o la aptitud para los beneficios no se verán afectados si no firmo este formulario.

Firma del paciente/padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Envíe esta autorización por correo o fax a la siguiente dirección:

Lynn Community Health Center

Medical Records Department

269 Union Street Lynn, Mass 01901. Teléfono: (781) 581- 3900 fax: (781)-598-1050