



Morton Hospital

BROWNHealth
UNIVERSITY

88 Washington Street, Taunton, MA 02780

Phone: 508-828-7330

Morton Hospital

Solicitud del Paciente / Autorización para usar o revelar información médica protegida

N.º de expediente médico _____

Por la presente autorizo a **Morton Hospital** a utilizar o revelar la información médica protegida de mis expedientes médicos que se especifica abajo:

1) NOMBRE DEL PACIENTE: (En letra de molde) _____ Fecha de nacimiento: _____				
Dirección: _____				
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	
Número(s) de teléfono de contacto: _____				
Correo electrónico: (Si corresponde) _____				
2) LA INFORMACIÓN SE REVELARÁ A:				
Nombre de la persona o del centro (en letra de molde) _____				Fax n.º _____ N.º de teléfono _____
Dirección (en letra de molde) _____				
Ciudad	Ciudad	Código Postal		
Correo electrónico: (Si corresponde) _____				

3) Método de entrega preferido -

- ☐ Correo electrónico
☐ Correo postal a la dirección indicada en el apartado 2 arriba
☐ Recepción en persona

4) Fechas de tratamiento desde: _____ **Hasta:** _____

5) EXPEDIENTES/INFORMES ESPECÍFICOS A REVELAR:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Antecedentes de admisión y examen físico | ☐ Resultados de laboratorio | ☐ Servicios de rehabilitación (fisioterapia [PT], terapia ocupacional [OT], terapia del habla) |
| ☐ Resumen del alta | ☐ Informes de estudios de imagenología (especifique si es una tomografía computarizada [CT], radiografía, imagen por resonancia magnética [MRI]) | ☐ Otro (especifique) _____ |
| ☐ Consulta | ☐ Informes de patología | _____ |
| ☐ Sala de emergencias | ☐ Notas de la cirugía | _____ |
| ☐ Informes de electrocardiograma (ECG) | | _____ |

6) REVELACIÓN RESTRINGIDA: No revelaremos la siguiente documentación **a menos que** usted marque la casilla correspondiente y proporcione una firma adicional:

Revelación	Firma	Revelación	Firma
☐		☐	
☐		☐	
☐		☐	
☐		☐	
☐			

* Esta autorización no es válida para el uso o revelación de notas de psicoterapia

** El término "pruebas genéticas" se refiere únicamente a las pruebas que determinan sus posibilidades futuras de desarrollar una enfermedad, no a las pruebas realizadas para diagnosticar una condición o problema actual.

***Solo se aplica a los expedientes creados por un "individuo o entidad que se presenta como proveedor de diagnóstico de abuso de alcohol o drogas, tratamiento o remisión para tratamiento". (Código de Reglamentos Federales 42 [CFR] Parte 2) No se exige para los expedientes que se crean o mantienen en un centro médico general.

IMPORTANTE: ESTA AUTORIZACIÓN NO ES VÁLIDA SI NO SE COMPLETAN TODAS APLICABLE LAS CASILLAS Y SE FIRMA EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 2

* S C A . r o i *

Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information (HIM 44)
MHS_ROI_14000S 03/2023 Page 1 of 2 Original Medical Record

Morton Hospital

Solicitud del Paciente / Autorización para usar o revelar información médica protegida

7) SOLICITUD DE EXCLUSIÓN:

Solicito que la o las siguientes admisiones/visitas se excluyan específicamente de esta solicitud _____

(especifique fechas de servicio).

8) PROPÓSITO DE REVELACIÓN:

☐ Atención médica ☐ Legal ☐ Seguro ☐ Persona ☐ Otros _____

*Se pueden aplicar cargos

9) PLAZO: Esta Autorización permanecerá vigente durante un año o:

☐ Hasta que **Morton Hospital** atienda esta solicitud..

☐ Desde la fecha de la autorización hasta _____ el día de _____ de 20 _____

☐ Hasta que ocurra el siguiente evento: _____

☐ Otro: _____

10) REVOCACIÓN: Comprendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento solicitándola a **Morton Hospital** por escrito en la dirección indicada abajo. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que **Morton Hospital** reciba mi notificación por escrito. Comprendo que la revocación no tendrá efecto alguno sobre ninguna medida que **Morton Hospital** haya tomado amparándose en esta Autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

Gestión de la información médica

Morton Hospital

88 Washington St.

Taunton, MA 02780

508-828-7000

11) EFECTO SOBRE EL TRATAMIENTO/PAGO/INSCRIPCIÓN/ELEGIBILIDAD: Comprendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización por cualquier motivo; y que, al hacerlo, no se verán afectados el inicio, la continuación ni la calidad de mi tratamiento, el pago, la inscripción en el seguro de salud o la posibilidad de recibir beneficios en **Morton Hospital**.

12) POTENCIAL DE REVELACIÓN POSTERIOR: Comprendo que la persona que reciba mi Información Médica Protegida puede no estar obligada a cumplir con las leyes de privacidad federales y estatales, y que mi Información Médica Protegida podría dejar de estar protegida por la ley estatal y federal aplicable una vez que sea revelada por **Morton Hospital**.

13) ACCESO: Comprendo que, en determinadas circunstancias, **Morton Hospital** tiene derecho a negarme el acceso a la totalidad o a una parte de mi información médica protegida. El **Morton Hospital** me notificará por escrito tales denegaciones.

He leído y comprendido los términos de la presente Autorización y he tenido la oportunidad de formular preguntas sobre el uso o revelación de mi información médica. Con mi firma abajo, autorizo a **Morton Hospital**, con conocimiento de causa y de forma voluntaria, a utilizar o revelar mi información médica en la forma descrita arriba.

14)

Firma del paciente

Fecha

Nombre del paciente en letra de molde

Testigo



Firma del representante autorizado Si el paciente es menor de edad o no puede firmar esta Autorización:

15)

Firma del representante personal

Fecha

Nombre en letra de molde del representante del paciente

Relación con el paciente o autoridad para actuar en su nombre

Las preguntas sobre revelación deben dirigirse al director de gestión de información médica del hospital.

For Office Use:

☐ Copy of this authorization provided to the patient

☐ Copy of this authorization provided to the personal representative

IMPORTANTE: ESTA AUTORIZACIÓN NO ES VÁLIDA SI NO SE COMPLETAN TODAS APLICABLE LAS CASILLAS Y SE FIRMA EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 2

Signature of Personnel Completing Request

Print Name

Date

Time

* S C A . r o i *

Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information (HIM 44)
MHS_ROI_14000S 03/2023 Page 2 of 2 Original Medical Record