



Saint Anne's Hospital

**BROWNHealth**  
UNIVERSITY

795 Middle Street, Fall River, MA 02721

Tel: 508-674-5600

Fax: 508-235-5071

**Saint Anne's Hospital**

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

N.º de expediente médico \_\_\_\_\_

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

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

Fax n.º \_\_\_\_\_

N.º de teléfono \_\_\_\_\_

**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:**

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

**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
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			

\* 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**

\* SCA. roi \*

Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information (HIM 44)  
SAS\_ROI\_14000S 03/2023 Page 1 of 2 Original Medical Record

**Saint Anne's 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 ☐ Personal ☐ Otros \_\_\_\_\_

\*Se pueden aplicar cargos

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

- ☐ Hasta que **Saint Anne's 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 **Saint Anne's Hospital** por escrito en la dirección indicada abajo. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que **Saint Anne's Hospital** reciba mi notificación por escrito. Comprendo que la revocación no tendrá efecto alguno sobre ninguna medida que **Saint Anne's Hospital** haya tomado amparándose en esta Autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

**Gestión de la información médica**

**Saint Anne's Hospital**

**795 Middle Street.**

Fall River, MA 02721

508-674-5600

**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 **Saint Anne's 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 **Saint Anne's Hospital**.

**13) ACCESO:** Comprendo que, en determinadas circunstancias, **Saint Anne's Hospital** tiene derecho a negarme el acceso a la totalidad o a una parte de mi información médica protegida. El **Saint Anne's 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 **Saint Anne's 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

\* SCA. roi \*

Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information (HIM 44)  
SAS\_ROI\_14000S 03/2023 Page 2 of 2 Original Medical Record