



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:

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 _____	
Dirección (en letra de molde)	Ciudad	Ciudad	Código Postal	
Correo electrónico: (Si corresponde) _____				

3) Método de entrega preferido -			
<input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal a la dirección indicada en el apartado 2 arriba <input type="checkbox"/> Recepción en persona			
4) Fechas de tratamiento desde: _____ Hasta: _____			
5) EXPEDIENTES/INFORMES ESPECÍFICOS A REVELAR:			
<input type="checkbox"/> Antecedentes de admisión y examen físico <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Informes de estudios de imagenología (especifique si es una tomografía computarizada [CT], radiografía, imagen por resonancia magnética [MRI]) <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Informes de patología <input type="checkbox"/> Sala de emergencias <input type="checkbox"/> Notas de la cirugía <input type="checkbox"/> Informes de electrocardiograma (ECG)		<input type="checkbox"/> Servicios de rehabilitación (fisioterapia [PT], terapia ocupacional [OT], terapia del habla) <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	

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"/>		
<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

* S C A . r o i *

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 Person Otros _____

*Se pueden aplicar cargos

9) PLAZO:

- 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

* S C A . r o i *

Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information (HIM 44)
SAS_ROI_14000S 03/2023 Page 2 of 2 Original Medical Record