



1000175

### Autorización para el Intercambio de Información Bidireccional

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de exp. méd.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad Estado Código postal

**Doy permiso para la divulgación de mi información de salud identificada individualmente y la comunicación entre las personas que se enumeran a continuación**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Boston Medical Center, Boston, MA 02118 Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

#### Propósito de la autorización:

Derivación  Coordinación de la atención  Otros (especificar): \_\_\_\_\_

El intercambio de información se extiende durante el período de mi atención médica, desde:

Fecha(s) específica(s): \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ Ó  Todos los encuentros/visitas presentes, pasados y futuros

Información a divulgar (marque todas las opciones que correspondan):

Resumen del registro médico (Depto. de emergencias, Historia clínica y examen físico, Informe operativo, Resumen de alta, Consultas, Laboratorio, Informes patológicos/radiológicos, Notas de procedimientos, Lista de problemas y Medicación)

Plan de tratamiento  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Si desea que la siguiente información se comparta, debe marcar cada punto de información que puede ser compartido.

Comunicaciones sobre la Salud Mental/Conducta (psiquiatra; psicólogo; enfermera clínica especialista; asesor educacional, de pareja, familiar de rehabilitación y de salud mental)

Ayuda psicológica para víctimas de violación  Ayuda psicológica para víctimas de violencia doméstica

Comunicaciones del trabajador social  Pruebas genéticas  HIV/AIDS  Enfermedades de transmisión sexual

Formulario de consentimiento para el aborto

#### TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS

Toda la información sobre mi trastorno por uso de sustancias Ó

Información específica, según se detalla a continuación:

Nombre u otro tipo de información de identificación que revele que soy o fui paciente en el tratamiento para trastorno por uso de sustancias

Fecha de admisión  Resultados de evaluación e historial  Historial de asistencia

Análisis de orina o sangre  Fecha del alta  Resumen del plan de tratamiento, el progreso y el cumplimiento

Otro (describa): \_\_\_\_\_

#### Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:

• Tengo el derecho a retirar mi autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que Boston Medical Center ya haya actuado en virtud de esta autorización. Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Director de Expedientes Médicos.

• Autorizar la divulgación de mi información de salud es un acto voluntario.

• Puedo negarme a firmar y Boston Medical Center no condicionará mi tratamiento, el pago, la inscripción en el plan de salud o la elegibilidad para los beneficios al hecho de que dé mi autorización para el uso o la divulgación solicitados.

• *Registros de Abuso de Sustancias Protegidos por las Normas Federales de Confidencialidad (Federal Confidentiality Rules, CFR), Tit. 42, Parte 2: LAS NORMAS FEDERALES PROHÍBEN CUALQUIER DIVULGACIÓN POSTERIOR DE ESTA INFORMACIÓN, SALVO QUE SE PERMITA EXPRESAMENTE MEDIANTE UNA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DE LA PERSONA A QUIEN PERTENECE DICHA INFORMACIÓN O, DE OTRO MODO, SEGÚN LO PERMITA EL TIT. 42, PARTE 2 DEL CFR.*

Fecha o evento en que esta autorización caducará: Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20 \_\_\_\_ Ó Evento: \_\_\_\_\_

Si no especifico una fecha de caducidad o un evento y, salvo que se revoque de otro modo, esta autorización caducará **UN AÑO** después de la fecha de la firma que aparece a continuación.

Firma \_\_\_\_\_ Letra imprenta \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Paciente

Firma \_\_\_\_\_ Letra imprenta \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Padre o madre/tutor/sustituto (si corresponde)

Firma \_\_\_\_\_ Letra imprenta \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Proveedor/médico/testigo (según corresponda)

Interpreté la explicación del proveedor. (El intérprete debe firmar a continuación, si corresponde)

Firma \_\_\_\_\_ Letra imprenta \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_