



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 _____

Revised 10/28/2021

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

_____ parentesco con el paciente: _____

¿Cómo le gustaría obtener su historia clínica?

Impresa en papel En el domicilio Retirlarla personalmente CD Fax

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