



Building healthy communities

# HOLYOKE HEALTH

Holyoke Health Center, Inc.

230 Maple Street ❖ P.O. Box 6260

Holyoke, MA 01041-6260

PHONE: 413-420-2200 ❖ TTY: 413-534-9472 FAX: 413-420-2280

**Se requiere por ley que obtengamos su permiso por escrito para solicitar o obtener su información médica/dental**

## **Información del Paciente**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

Otro(s) nombre(s) utilizados por el paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

- Yo autorizo al Holyoke Health Center Inc., para **ENVIAR** las porciones indicadas de mi record médico/dental al siguiente Proveedor o facilidad:
- Yo autorizo al Holyoke Health Center Inc., para **OBTENER** las porciones indicadas de mi record médico/dental del siguiente Proveedor o facilidad:

Nombre y/o Facilidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## **Razón de la Solicitud:**

- Uso Personal  Para transferir el cuidado  Referido/Especialista  Asunto Legal  Empleo
- Relacionado al Gobierno  Otro: \_\_\_\_\_

## **Indique los documentos médicos/dentales que acepta divulgar marcando la casilla y poniendo sus iniciales:**

- \_\_\_\_\_ Solo el examen físico reciente  \_\_\_\_\_ Vacunas solamente
- \_\_\_\_\_ Solo resultados de laboratorio recientes  \_\_\_\_\_ Otro: (especifique) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ **El Record Médico completo**
- \_\_\_\_\_ El Record Dental  \_\_\_\_\_ Solo Radiografías Dentales  \_\_\_\_\_ Record Dental con Radiografías

Fecha de los Servicios: Desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ o  **Todas las Fechas de Servicio**

Entiendo que si mis records contienen alguna de las siguientes informaciones, estos **NO SE PUEDEN divulgar**.

Indique cualquier **información adicional** que usted acepte que sea divulgada marcando la casilla y poniendo sus iniciales. *¡Estos documentos no serán divulgados sin su consentimiento!*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tratamiento del Alcohol o Drogas*  | <input type="checkbox"/> Tratamiento/Consejería de Violencia Doméstica |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de Transmisión Sexual | <input type="checkbox"/> Tratamiento/Consejería de Agresión Sexual     |
| <input type="checkbox"/> Información Genética               | <input type="checkbox"/> Psicoterapia/Salud del Comportamiento         |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento/Consejería de VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                   |

**\*Protegido por las Reglas Federales de Confidencialidad 42 CFR Parte 2** (LAS REGLAS FEDERALES PROHIBEN CUALQUIER DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN A MENOS QUE LA DIVULGACIÓN ADICIONAL SEA EXPRESAMENTE PERMITIDA O CON CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA PERSONA PERTINENTE O SEGÚN LO PERMITA LA REGLA 42 CFR PARTE 2)

**MÉTODOS DE ENTREGA – Por Favor entregue mis records:**

- Como papel impreso     Por correo regular     En una unidad USB     Por Fax: (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Si está enviando esta información al Holyoke Health Center Inc., por favor envíela a la siguiente facilidad:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Holyoke Health Center<br>230 Maple St<br>Holyoke, MA 01040<br>T: (413)420-2200<br><u>Medical Fax:</u><br>(413)420-2280<br><u>Dental Fax:</u><br>(413)420-2250 | <input type="checkbox"/> Chicopee Health Center<br>505 Front St<br>Chicopee, MA 01013<br>T: (413)420-2222<br><u>Medical Fax:</u><br>(413)592-3382<br><u>Dental Fax:</u><br>(413)592-2324 | <input type="checkbox"/> Holyoke Health Dental Clinic<br>Holyoke Soldiers Home<br>110 Cherry St<br>Holyoke, MA 01040<br>T: (413)420-6270<br>F: (413)536-6272 | <input type="checkbox"/> Holyoke Health Dental Clinic<br>Western Massachusetts Hospital<br>91 East Mountain Rd<br>Westfield, MA 01085<br>T: (413)420-6260<br>F: (413)562-3380 |
|--|--|--|---|

**Derechos del Individuo: Entiendo y estoy de acuerdo en que:**

- ~~Yo~~ puedo rehusarme a firmar esta autorización.
- Yo tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito enviando una notificación al Oficial de Privacidad al 230 Maple St. Holyoke, MA 01040.
- Mi derecho de revocar no aplica a información que ya haya sido enviada en respuesta a esta solicitud.
- Mi tratamiento no depende de esta autorización.
- Yo tengo el derecho de inspeccionar u obtener una copia de este record médico/dental según lo estipulado en la regulación federal de la privacidad CFR 164.524
- Yo entiendo que la información usada o divulgada debido a esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y que ya no pueda estar protegida por la ley federal o estatal a menos que los records correspondan a los Records del Trastorno del Uso de Sustancias: 42 CFR parte 2 la cual prohíbe la divulgación no autorizada de estos records.

Con mi firma, la información especificada anteriormente se le solicitará al destinatario designado arriba.

La Autorización es válida por 365 días a partir de la fecha de la firma a menos que yo indique un momento diferente o una razón para su vencimiento. Vea las fechas en la otra página. Una vez que la información sea divulgada, el Centro de Salud no puede garantizar que el Destinatario no divulgará la información a otra parte que no esté obligada a cumplir con las leyes estatales y/o federales que regulan el uso y la divulgación de información médica protegida (PHI) y, en tal caso, la PHI descrita anteriormente puede volver a ser divulgada y ya no pueda estar protegida por tales leyes que regulan la privacidad de la información de salud.

El proceso puede tomar de 10-15 días laborables para procesar y divulgar los records. Yo seré notificado/a cuando los records estén listos para su divulgación. Estoy consciente de que puede haber un cargo por proveer copias de mi record médico/dental.

He leído cuidadosamente y entiendo los términos de esta Autorización. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y divulgación de mi información de salud. Con mi firma a continuación, yo, con conocimiento y voluntariamente, autorizo la divulgación mencionada anteriormente de mi información de salud a la persona/entidad que se especifica arriba. Yo doy mi permiso para compartir mi información de salud protegida, la cual puede incluir información protegida o privilegiada, en forma escrita y/o guardada en otro formato.

Firma del Paciente/Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Si no firmado por la persona servida, especifique su relación: Padre · Guardián Legal / Designado

- Yo autorizo a la siguiente persona para recoger mis records:  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Personal de HHC o Testigo: \_\_\_\_\_