



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