



LGH Médico # _____

Health Information Services Department
1 General St.
Lawrence, MA 01842-0389

Phone: 978-683-4000 Ext. 2046
Fax: 978-557-9948
Email: info@lawrencegeneral.org

Autorización para revelar información sobre la salud

Yo por este medio autorizo a Lawrence General Hospital a utilizar o divulgar la siguiente información protegida del récord médico del paciente abajo indicado. Entiendo que la información utilizada o divulgada según esta autorización puede ser sujeta a redivulgación por parte del receptor y si así fuera, puede no estar sujeto a la ley federal y estatal que protege su confidencialidad .

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección : _____

Número de Seguro Social: _____ Teléfono del contacto _____

RECIBIDOR:

Persona o Institución (en letra de imprenta)

Dirección (en letra de imprenta) Ciudad Estado Código Postal

Fax # _____
Phone # _____

FECHAS DE TRATAMIENTO: Desde _____ hasta _____

INFORMACIÓN ESPECÍFICA A DIVULGAR:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen médico | <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> Otro:(especificar) |
| <input type="checkbox"/> Resumen al dar de alta | <input type="checkbox"/> Informe operativo | |
| <input type="checkbox"/> Historial y examen físico | <input type="checkbox"/> Patología | |
| <input type="checkbox"/> Consulta | <input type="checkbox"/> Departamento de Emergencias | |
| <input type="checkbox"/> Radiografía | | |

MI INFORMACIÓN SUMAMENTE CONFIDENCIAL: Al firmar la próxima categoría de información sumamente confidencial listada a continuación, yo específicamente autorizo el uso y divulgación conforme a esta autorización

A distribuir	Firma	A distribuir	Firma
<input type="checkbox"/> Salud mental		<input type="checkbox"/> Abuso de un adulto minusválido	
<input type="checkbox"/> Incapacidad de desarrollo		<input type="checkbox"/> Violación o asalto sexual	
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA prueba, resultado o tratamiento		<input type="checkbox"/> Abuso y negligencia de un menor o de un anciano	
<input type="checkbox"/> Enfermedades transmitidas sexualmente		<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas	
<input type="checkbox"/> Alcohol y/o drogas		<input type="checkbox"/> Social Worker Communication	
<input type="checkbox"/> Comunicación de Trabajadores Sociales		<input type="checkbox"/> Anotaciones psicoterapéuticas	
<input type="checkbox"/> Violencia domestica		<input type="checkbox"/> Anotaciones psicoterapéuticas	

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

- Atención Médica Legal Seguro Personal

IMPORTANTE: FAVOR DE FIRMAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN EN LA PÁGINA 2 →

ESTA AUTORIZACIÓN SE CONSIDERARÁ INVÁLIDA A MENOS QUE TODAS LAS ÁREAS ESTÉN COMPLETAS Y EL FORMULARIO FIRMADO EN LA PÁGINA 2

CONDICIONES: Esta autorización se mantendrá en efecto:

- Hasta que Lawrence General Hospital cumpla con esta solicitud.
- Desde la fecha de esta autorización hasta el _____ de _____, 200___. (válido por 90 días a partir de esta fecha)
- Hasta que ocurra el acontecimiento que se detalla: _____
- Otras: _____

Entiendo que una vez que Lawrence General Hospital divulgue mi información de salud al recipiente, Lawrence General Hospital no puede garantizar que el recipiente no va a divulgar mi información de salud a un tercero. El tercero puede no ser requerido a atenerse a esta autorización o ser aplicable a las leyes federales o estatales que rigen el uso y divulgación de mi información de salud.

Entiendo que Lawrence General Hospital puede, directa o indirectamente, recibir remuneración de un tercero en relación con el uso o divulgación de mi información de salud.

Yo entiendo que puedo negarme a firmar o puedo revocar (en cualquier momento) esta autorización por cualquier motivo y que tal negativa o revocación no afectará el principio, continuación o calidad de mi tratamiento en Lawrence General Hospital, a excepción, sin embargo si mi tratamiento en Lawrence General Hospital es por el único propósito de crear información de salud para divulgar al recipiente identificado en esta autorización, en cuyo caso Lawrence General Hospital puede negarse a tratarme si no firmo esta autorización.

Yo entiendo que esta autorización se mantendrá en efecto hasta el plazo en que esta autorización venza o yo proveeré una nota por escrito de revocación al Oficial de Privacidad de Lawrence General Hospital a la dirección que a continuación se detalla. La revocación será efectiva inmediatamente al ser recibida por Lawrence General Hospital la nota por escrito, a excepción que mi revocación no tendrá ningún efecto en cualquier acción tomada por Lawrence General Hospital en dependencia a esta autorización antes de recibir mi nota por escrito de revocación.

Yo puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad de Lawrence General Hospital por correo a One General Street, Lawrence, MA 01842, por teléfono a 978 946-8196.

Yo he leído y entiendo los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y divulgación de mi información de salud. Al firmar a continuación, yo por este medio, con conocimiento y voluntariamente autorizo a Lawrence General Hospital a usar o divulgar mi información de salud en la forma descrita anteriormente.

Firma del paciente

Fecha

Verificación I.D. _____

Nombre del paciente en letra de imprenta

Si el paciente es un menor de edad o de lo contrario no puede firmar esta autorización, obtenga las siguientes firmas:

Firma del representante personal

Fecha

Escriba en letra de imprenta el nombre del representante personal Relación con el paciente o autoridad que actúa por el paciente

**IMPORTANTE: FAVOR DE FIRMAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN EN LA PÁGINA 2
ESTA AUTORIZACIÓN SE CONSIDERARÁ INVÁLIDA A MENOS QUE TODAS LAS ÁREAS ESTÉN COMPLETAS Y EL
FORMULARIO FIRMADO EN LA PÁGINA 2**