



EJEMPLO

El formulario firmado puede enviarse por fax al 617-730-0329, o por correo postal a: HIM/Medical Records, Fegan B-014 Boston Children's Hospital 300 Longwood Avenue Boston, MA 02115

AUTORIZACIÓN PARA LA COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO Pág. 1 de 2

Por favor complete este formulario y firme en la página 2 donde se indica.

Si tiene preguntas sobre este formulario, puede llamar al Departamento de Historiales Médicos al 617-355-7546.

Datos demográficos

Form fields for patient information: Apellido del paciente (Folano), Nombre (Diego), Inicial del 2.º nombre, Dirección del hogar (123 Blueberry Lane), Apto. n.º (3), Ciudad (Arlington), Estado (MA), Código postal (02474), N.º de historial médico de Children's (6110248), Teléfono del hogar ((555) 555-5555), Fecha de nacimiento (12/18/2000), Teléfono alternativo.

Autorizo a Boston Children's Hospital a comunicar información protegida sobre la salud mía o de mi niño, incluyendo copias del historial médico, a las siguientes personas, a la dirección o el establecimiento indicados a continuación:

Form fields for recipient information: Nombre del establecimiento (Dr. Kevin Smith (médico de atención primaria)), A la atención de, Teléfono ( (555) 555-5555 ), Dirección (100 Main Street), Fax ( (555) 555-5555 ), Ciudad y estado (Arlington MA), Código postal (02474).

PROPOSITO DE LA COMUNICACIÓN (marcar la casilla que corresponda):
- [ ] Atención médica
- [ ] Escuela o campamento
- [ ] Seguro\*
- [ ] Personal\*
- [ ] Asunto legal\*
- [x] Otro\* (favor de especificar)
 \*Refiérase a la información del Aviso de Boston Children's Hospital sobre las tarifas de copiado que podrían aplicarse a esta solicitud. Podría haber cargos adicionales por la copia de fotografías.
 Colaboración con tratamiento por abuso de sustancias

FORMATO DE LA COMUNICACIÓN (marcar la casilla que corresponda):
- [x] CD
- [x] Papel
- [x] Fax (al consultorio del médico solamente)
- [x] Teléfono

INFORMACIÓN SOLICITADA
- [ ] Historial médico completo (podría cobrarse una tarifa)
PERÍODO (FECHAS) de la información solicitada:
- [ ] Resumen del historial médico (por ej. historia clínica y examen físico, informe quirúrgico, consultas, informes de pruebas, resumen de alta)
- [x] Otra. Especificar la información cuya comunicación se solicita:
 Tratamiento por abuso de sustancias

CONTINÚA AL OTRO LADO DE LA PÁGINA (VER PÁG. 2)

Por favor complete los dos lados de este formulario, y firme y escriba la fecha al final de la página 2.

BOSTON CHILDREN'S HOSPITAL, 300 LONGWOOD AVE., BOSTON, MA 02115

Rev 7/12

03038



