



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

Apellido del paciente _____ Nombre _____ Inicial del 2.º nombre _____
Dirección del hogar _____ Apto. n.º _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
N.o de historial médico de Children's _____ Teléfono del hogar _____
Fecha de nacimiento _____ 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:

Nombre del establecimiento

A la atención de

Teléfono ()

Dirección

Fax ()

Ciudad y estado

Código postal

PROPÓSITO DE LA COMUNICACIÓN (marcar la casilla que corresponda)

- Atención médica
Escuela o campamento
Seguro*
Personal*
Asunto legal*
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.

FORMATO DE LA COMUNICACIÓN

- (marcar la casilla que corresponda)
CD
Papel
Fax (al consultorio del médico solamente)

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)

- Otra. Especificar la información cuya comunicación se solicita:

Four horizontal lines for specifying additional information.

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.

AUTORIZACIÓN PARA COMUNICAR INFORMACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO (Pág. 2 de 2)

Autorizo a Boston Children's a comunicar información del historial médico del paciente nombrado en este formulario. Comprendo que la información puede incluir los puntos que he indicado a continuación escribiendo mis iniciales (si se trata del historial médico de su niño o de usted):

ESCRIBA SUS INICIALES EN CADA TIPO DE INFORMACIÓN QUE AUTORICE QUE SE COMUNIQUE.

Ponga sus iniciales si se puede comunicar esta información.	Resultados de prueba del VIH (SE NECESITA LA AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA COMUNICACIÓN QUE SE SOLICITE). ESPECIFIQUE LAS FECHAS:
Ponga sus iniciales si se puede comunicar esta información.	Resultados de pruebas genéticas (ESPECIFIQUE EL TIPO DE PRUEBA)
Ponga sus iniciales si se puede comunicar esta información.	Información sobre tratamiento por abuso de alcohol o drogas Protegida por las Reglas Federales de Confidencialidad 42 CFR Parte 2. LAS REGLAS FEDERALES PROHÍBEN QUE SE VUELVA A COMUNICAR ESTA INFORMACIÓN, A MENOS QUE DICHA COMUNICACIÓN ESTÉ EXPRESAMENTE PERMITIDA POR EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA PERSONA A QUIEN PERTENECE O SEGÚN LO PERMITAN LAS NORMAS 42 CFR PARTE 2. Sin embargo, puedo cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en el caso de que Children's ya haya actuado basándose en ella.
Ponga sus iniciales si se puede comunicar esta información.	Detalles de un diagnóstico o tratamiento de salud mental ofrecido por un psiquiatra, psicólogo, enfermero especialista en salud mental o profesional clínico de salud mental autorizado (LMHC, por sus siglas en inglés). Comprendo que podría no requerirse mi permiso para comunicar información de mis historiales de salud mental con fines de pago.
Ponga sus iniciales si se puede comunicar esta información.	Comunicaciones confidenciales con un trabajador social autorizado
Ponga sus iniciales si se puede comunicar esta información.	Información relacionada con una enfermedad de transmisión sexual
Ponga sus iniciales si se puede comunicar esta información.	Información relacionada con un diagnóstico o tratamiento de hepatitis
Ponga sus iniciales si se puede comunicar esta información.	Información relacionada con un diagnóstico o tratamiento de embarazo
Ponga sus iniciales si se puede comunicar esta información.	Información relacionada con maltrato de un cónyuge o maltrato o descuido de un niño
Ponga sus iniciales si se puede comunicar esta información.	Información sobre violencia doméstica o consejería a una víctima de violencia doméstica
Ponga sus iniciales si se puede comunicar esta información.	Información sobre una violación o sobre consejería por agresión sexual
Ponga sus iniciales si se puede comunicar esta información.	Otra información: (Favor de detallar):

Por la presente, autorizo a Boston Children's Hospital a comunicar cualquier parte de la información médica solicitada anteriormente. Esto podría incluir información sobre uso de drogas o alcohol, psiquiátrica, de un trabajador social u otra información protegida, a menos que se excluya específicamente, con la excepción de notas de psicoterapia. Soy consciente de que Boston Children's Hospital no puede controlar cómo usa o comparte la información el que la recibe, y que las leyes que protegen la confidencialidad de la información en Boston Children's Hospital tal vez no la protejan una vez que se haya comunicado a terceros.

La información no se comunicará sin una firma válida a continuación. Esta autorización caducará a los 90 días de la fecha de su firma, a menos que se especifique algo diferente. No obstante, puedo cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Boston Children's Hospital ya haya actuado basándose en ella. Por ejemplo, si la cancelo después de que Boston Children's Hospital ha enviado los historiales solicitados, Boston Children's Hospital no los podrá recuperar. Las instrucciones para cancelar esta autorización se incluyen en el Aviso de prácticas de privacidad de Boston Children's Hospital.

Se requiere la firma del paciente si tiene 18 años de edad o más, es un menor emancipado o cumple una condición especial, según lo define la ley. Se requiere la firma del padre, la madre o el tutor legal si el paciente es un menor de 18 años de edad no emancipado o no cumple una condición especial.

Firma del paciente

Nombre del paciente (en letra de molde)

Fecha

Firma del padre, la madre o el tutor

Relación con el paciente

Fecha