PROVIDENCE
COMMUNITY HEALTH CENTERS

Autorización para divulgar u obtener informaciones de salud protegidas

☐ ALLENBERRY ☐ CENTRAL ☐ CAPITOL HILL ☐ OLNEYVILLE ☐ CHAFEE ☐ CROSSROADS ☐ MET SCHOOL ☐ NORTH MAIN

☐ DENTAL ☐ CHAD BROWN Teléfono _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ _____ _____ _____ _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Autorizo a los *PCHC* a: ☐ Divulgar mi historial médico a: ☐ Obtener mi historial médico de:

Nombre de la institución/organización/compañía_____Teléfono_____

_____ _____ _____ _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

El objetivo de esta divulgación de información es: ☐ Uso personal ☐ Transferencia del cuidado ☐ Abogado/legal ☐ Discapacidad

☐ Seguro de salud ☐ Escuela ☐ Indemnización por riesgos laborales ☐ Cuidado integral continuo

☐ Otro _____

Marque la información de salud protegida que será divulgada u obtenida: (deberá pagar una tarifa de fotocopia impuesta por el estado de Rhode Island, si corresponde)

☐ Sumario de historial/ problemas ☐ Historial de vacunas ☐ Últimos antecedentes y examen físico ☐ Historial prenatal/obstétrico
☐ Resumen de historial ☐ Historial completo
Fechas de servicio De _____ a _____ para las informaciones limitadas marcadas debajo
☐ Resultados de laboratorio ☐ Informes de radiografías y estudios por imágenes ☐ Informes/ecografías ☐ Informes de consulta
☐ Notas de evolución ☐ Otra _____

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al Departamento de Administración de Informaciones de Salud. Estoy consciente de que la revocación no tendrá efecto sobre las informaciones que ya han sido divulgadas como resultado de esta autorización. Comprendo que la revocación no afectará a mi compañía de seguros en los casos en que la ley le dé a mi asegurador el derecho de rechazar una reclamación de conformidad con mi póliza. Si no es revocada, esta autorización expirará en 90 días. Entiendo que la autorización de la divulgación de esta información de salud es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para garantizar mi tratamiento. Recibiré una copia de este formulario.

La información que usted autorice a ser divulgada podrá ser divulgada nuevamente y ya no estará protegida por la ley. En la medida en que corresponda, entiendo que mi historial puede contener informaciones que son consideradas sensibles de conformidad con la ley. Las informaciones de salud protegidas no podrán ser usadas o divulgadas a menos que usted autorice específicamente tal uso o divulgación, de conformidad con la segunda parte del título 42 del Código de Reglamentos Federales relativo a los reglamentos de confidencialidad federales.

La(s) inicial(es) que figura(n) debajo indica(n) que autorizo la divulgación de este tipo de información, si existe:

____ **Estado/resultados/tratamientos/diagnósticos/referidos en caso de VIH/SIDA (Complejo relacionado con el SIDA o ARC, por sus siglas en inglés)**
____ **Estado/tratamiento/diagnósticos/referidos relacionados con el abuso de drogas y alcohol**
____ **Enfermedades/tratamientos/referidos relacionados con la salud mental/enfermedades psiquiátricas**
____ **Estado/resultados/tratamientos/diagnósticos/referidos relativos a enfermedades transmisibles**

Mediante la firma de esta declaración, autorizo la divulgación de estas informaciones a la parte solicitante indicada anteriormente.

_____ _____
Firma del paciente o representante legal Fecha

_____ _____
Si firma el representante legal, indique la relación con el paciente Firma del testigo

Envíe por correo o fax a:

Providence Community Health Centers
Attn: Health Information Management Department
375 Allens Avenue, Providence, Rhode Island 02905-5010

Tel.: (401) 444-0400 x 3141 Fax: (401) 444-0421

Sólo para uso oficial # MR _____
Fecha divulgada _____ Por_____
Verificación de documento de identificación si es en persona ☐ Sí ☐ No
Documentación del representante legal suministrada si una persona distinta al paciente hace la solicitud ☐ Sí ☐ No
Tarifa cobrada ☐ Tarifa exenta