



AUTHORELPHI



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA –SHG**  
**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION – SHG SPANISH**

Por la presente autorizo a Southcoast Hospitals Group a divulgar la siguiente información médica protegida del registro médico del paciente mencionado a continuación. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y, de ser así, puede que esta información no esté sujeta a la ley federal o estatal que protege su confidencialidad. Si usted tiene preguntas con respecto a este formulario por favor llame al 508-973-3733

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

**Número del teléfono de casa:** \_\_\_\_\_ **Teléfono alternativo** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico** \_\_\_\_\_

**Información para ser divulgada a:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

**Divulgar la siguiente información correspondiente a las siguientes fechas de tratamientos:**

desde el \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- Abstracto  Resumen del Alta  Consulta  Reporte Operatorio  Historial y Examen Físico  ECG (EKG)
- Informes de Emergencia  Informes de Paciente Ambulatorio  Laboratorio  Informes de radiografías  Patología
- Terapia (Ocupacional, Fisioterapia, del Habla, Audiología, Rehabilitación Cardíaca)
- Otros especificados \_\_\_\_\_

La razón para divulgar la información previamente mencionada es la siguiente:

- Atención Médica**  **Legal**  **Seguro**  **Continuidad de atención médica**
- Reclamación/apelación en virtud de un programa federal o estatal de discapacidad, seguridad social, compensación laboral, prestaciones para veteranos u otra prestación basada en las necesidades** (Puede solicitarse documentación complementaria)
- Otro:** \_\_\_\_\_

Esta autorización es válida por un período de un (1) año

Entiendo que puedo **revocar esta autorización** en cualquier momento, sometiendo-la a Southcoast por escrito, a menos que ya se haya actuado sobre ello.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representativo Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o su Representante con letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente o Autoridad para Actuar por el Paciente

**Información Médica Protegida**

Si la información en esta sección está relacionada a su tratamiento, debe completar esta sección y firmarla para que su pedido pueda ser procesado.

Autorizo la divulgación de la información médica protegida correspondiente al marcar lo siguiente:

- Información Psiquiátrica  Información/Resultado de Prueba de VIH/SIDA  Pruebas Genéticas  Resultados de Pruebas de Drogas  Resultados de Pruebas de Alcohol  Abuso Físico o Sexual  Resultados de Pruebas de Enfermedades de Transmisión Sexual

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o Representativo del Paciente

\_\_\_\_\_  
Vínculo con el Paciente o Autoridad para actuar por el paciente

Marque uno: Formato de registro:  Copias Impresas  CD/DVD  Electrónico (PDF)

Marque uno: Forma de envío:  Envío por correo  Correo electrónico  Verbal (solo por diálogo-no autoriza la divulgación de información por escrito o copias de registro médico)

Aviso: Las comunicaciones por correo electrónico no son seguras y podrían ser leídas por terceros. El diálogo solo se autoriza entre los médicos y las partes relacionadas enumeradas anteriormente en \* Información para ser divulgada a \*