

Autorización para Uso o Divulgación de Datos de Expediente Médico

Envíe los formularios completados a:

305 Bicentennial Hwy
Springfield, MA 01118
o por fax a 413-782-4047

Expediente Médico #:

Form. revisado por: _____

Información del paciente

Nombre del paciente (letra de imprenta): _____ Fecha de Nac.: _____
 Dirección del paciente: _____ # de Tel.: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____ E-mail: _____
 Nombre del plan de seguro: _____

Autorizo a Riverbend Medical Group a que:

Por favor elija una: Divulguen los datos de mi expediente médico a Obtengan datos médicos de

Nombre/Institución: _____ Atención: _____
 Dirección: _____ # de Tel.: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____ Fax #: _____
 Propósito del pedido: Personal Referido Legal Seguro Otro _____
 Traslado de clínica/¿Razón? _____

Expedientes a divulgarse específicamente:

- Por favor suminístreme un resumen de 2 años de mis expediente médico.
- Por favor suminístreme una copia de mi expediente médico completo.
- Por favor suministre específicamente la información enumerada abajo:

_____ Fecha(s) de tratamiento _____
 _____ Fecha(s) de tratamiento _____

CUOTA DE COPIA: En conformidad con HIPAA 45 CFR, 164.524, nos reservamos el derecho de cobrar una cuota razonable por el costo de producir y enviar las copias. RiverBend limitará la cuota a \$25 (más franqueo) por un resumen de dos años de su expediente médico. Si desea su expediente médico completo o más que el resumen de dos años, la cuota aumentará proporcionalmente a base del costo. Las cuotas basadas en costos nunca rebasarán la ley de Massachusetts (MGL Capítulo 111; Sección 70).

Autorización para divulgar Información de Salud Protegida:



IMPORTANTE - Es sumamente importante que Ud. elija **SÍ** o **NO** y escriba sus **Iniciales** para cada apartado en esta sección Autorización para divulgar Información de Salud Protegida. Por favor no salte ninguna línea pues pudiese tener un impacto en nuestra capacidad para cumplir con su pedido y causar atrasos adicionales.

	Sí	o	No	Iniciales
> Expedientes de Salud Mental/de Comportamiento	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
> VIH/SIDA, inclusive pruebas de anticuerpos y antígenos contra VIH, y diagnóstico o tratamiento para VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
> Pruebas genéticas	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
> Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
> Aborto	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____

Plazo: Esta Autorización permanecerá en efecto hasta que RiverBend Medical Group (RMG) cumpla con el pedido.

Revocación: Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento pidiendo lo mismo a RMG por escrito a la dirección abajo. La revocación será efectiva tan pronto como RiverBend Medical Group reciba mi aviso por escrito. Entiendo que la revocación no tendrá ningún efecto en cualquier acción tomada por RiverBend Medical Group dependiendo de esta Autorización antes de recibir mi aviso de revocación por escrito. Debe enviar el aviso por escrito a: **Health Information Management Department, 305 Bicentennial Highway, Springfield MA 01118**

Efecto en el tratamiento: Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización por cualquier razón y que tal negación no afectará el comienzo, continuación, calidad o pago por tal tratamiento en RiverBend Medical Group.

Posibilidad de nueva divulgación: Entiendo que a la persona que recibe mi Información de Salud Protegida no se le requiere cumplir con leyes de privacidad federales y estatales y quizás mi I.S.P. cese de ser protegida por leyes estatales y federales aplicables después de divulgarse a RMG.

Firme Aquí

Fecha Aquí

Firma del paciente

Fecha

Firma del representante personal

Actuar por el paciente

Fecha