

Obtención de autorización verbal y por escrito (permiso) para usar o divulgar información de salud protegida

De vez en cuando el MGH&FC (el hospital y las clínicas) tal vez deseen utilizar o divulgar su información de salud protegida a individuos involucrados en su cuidado para propósitos de notificaciones. Conforme a lo estipulado por el Título 45, Sección 164.10, se nos permite usar o divulgar después de haber obtenido su autorización verbal o por escrito.

MGH&FC está autorizada a: (favor de marcar lo que corresponda)

- Notificar o hablar con mi cónyuge respecto al tratamiento o tratamiento propuesto (favor de escribir el nombre): _____
- Notificar o hablar con mi cuidador respecto al tratamiento o tratamiento propuesto (favor de escribir el nombre): _____
- Notificar o hablar con los miembros de mi familia, es decir, a hijos, hermana, hermano, madre o padre sobre el tratamiento o tratamiento propuesto. (favor de escribir el/los nombre/s): _____
- Notificar o hablar con mi amigo(a) respecto al tratamiento o tratamiento propuesto (favor de escribir el/los nombre/s): _____
- Notificar a mi servicio de transporte respecto a mi entrega o recogida antes o después de finalizar mi tratamiento.
- Otros: (especifique por favor): _____

¿Cómo podemos contactarle referente a su cita, su tratamiento propuesto, las citas de seguimiento, las preguntas o problemas sobre su factura, programar la cirugía, radiología, laboratorios, citas de servicio ambulatorios y otras situaciones referentes a su información de salud protegida?

Si no estoy disponible, la MGH & FC podrá: (favor de marcar lo que corresponda)

- Dejar un mensaje a mi cónyuge o aquellos miembros indicados anteriormente.
- Dejar un mensaje en mi contestador automático, correo de voz o teléfono celular.
- Llamar a mi lugar de trabajo y dejar un mensaje para que yo devuelva la llamada.
- Dejar un mensaje a la oficina de los médicos que me refirieron para que yo regrese la llamada
- Dejar un mensaje a mi intérprete
- Otros:

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Entiendo que mi negativa no afectará mi acceso a obtener tratamiento en cualquier instalación de MGH&FC.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar una notificación de revocación por escrito a MGH&FC. La revocación será efectiva cuando MGH&FC la reciba por escrito, excepto que no tendrá vigor sobre alguna acción ya tomada por MGH&FC referente a esta autorización.

Entiendo que una vez que MGH&FC haya divulgado información sobre mi salud al destinatario, MGH&FC no podrá garantizar que el destinatario no revelará nuevamente mi información de salud a terceros.

Esta autorización siempre será válida mientras sea yo paciente de MGH&FC. Al firmar a continuación, por la presente, con conocimiento y voluntariamente, autorizo a MGH&FC a divulgar verbalmente mi información de salud o a cumplir con las instrucciones específicas de la forma anteriormente descrita.

Firma del(la) paciente o su representante: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del representante personal: _____ Parentesco: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha de nacimiento del(la) paciente: _____