

Manchester Community Health Center at CHS
 1245 Elm Street
 Manchester, NH 03101
 Phone: 603-668-6629
 Fax: 603-626-9523

1 Autorización Para Compartir Información de Salud

Nombre del Paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Yo autorizo al siguiente individuo o agencia a compartir mi información de salud protegida:	
<input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> PARA <u>Manchester Community Health Center</u> 145 Hollis St Manchester NH 03101 Teléfono (603) 626-9500 Fax (603) 626-9523	<input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> PARA Agencia: _____ Dirección: _____ Teléfono _____ Fax: _____
<ul style="list-style-type: none"> • INFORMACION QUE SERA COMPARTIDA: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> RESUMEN (incluye vacunas, resumen del historial médico, notas de las visitas médicas, resultados de laboratorios y de diagnósticos de los últimos 3 años) <input type="checkbox"/> FECHAS ESPECIFICAS: Los últimos 18 meses de cuidado médico recibido en la agencia arriba mencionada. <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> DOCUMENTOS ESPECIFICOS: <input type="checkbox"/> Físicos <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio <input type="checkbox"/> visitas de oficina <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> INTERCAMBIO VERBAL <input type="checkbox"/> ARCHIVO ENTERO (La primera copia es libre de cargos, copias adicionales cuestan \$.50 por página) • LOS DOCUMENTOS ESPECIFICOS SENSIBLES NO SERAN incluidos a menos que usted autorice específicamente a que sean compartidos mediante sus iniciales: __Salud mental/conductual, __Alcoholismo/Abuso de drogas, __VIH/SIDA, __ETS • PARA EL SIGUIENTE PROPOSITO: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transferencia de cuidado <input type="checkbox"/> Coordinación de cuidado <input type="checkbox"/> Consulta/Referido/Tratamiento <input type="checkbox"/> Copia personal <input type="checkbox"/> Escuela/Deportes <input type="checkbox"/> Procedimiento legal <input type="checkbox"/> Determinación de incapacidad <input type="checkbox"/> Otro: _____ • SI USTED SE VA O ESTA TRANSFIRIENDO SU CUIDADO MEDICO A OTRA PRACTICA: FAVOR MARQUE LA(S) RAZON(ES): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cambio de seguro <input type="checkbox"/> Mudanza/planea mudarse <input type="checkbox"/> Ubicación/desea un lugar más cercano a su hogar, <input type="checkbox"/> No pudo obtener una cita <input type="checkbox"/> Mi proveedor se fue <input type="checkbox"/> Insatisfecho(a) con el cuidado/servicios, por favor explique: _____ • SI USTED INDICA QUE VA A TRANSFERIR/DEJAR DE RECIBIR ATENCION EN MCHC, CANCELAREMOS TODAS SUS CITAS FUTURAS. USTED SERA ELEGIBLE PARA ACCEDER A ATENCION DE URGENCIA Y RECARGA DE MEDICAMENTOS POR 30 DIAS DESPUES DE LA FECHA EN QUE USTED FIRMO ESTA FORMULARIO DE AUTORIZACION. 	
<p>En cuanto a la comunicación de pago directo o indirecto recibido por cualquier persona u organización autorizada a usar o compartir mi información de salud médica – Entiendo que <u>Manchester Community Health Center</u> NO recibirá ningún pago directo o indirecto en conexión con el uso o comunicación de mi información de salud médica. Esta información que le hemos comunicado pertenece a registros protegidos por la Ley Federal (42 CFR parte 2). Los reglamentos federales le prohíben que lo divulgue a menos que esto sea nuevamente y expresamente permitido por autorización escrita de la persona a quien le pertenece, o que de otra manera sea permitido por 42 CFR parte 2. Para este propósito, una autorización general para la comunicación de registros médicos u otra información NO es suficiente.</p>	
<p>Sus derechos en cuanto a esta autorización:</p> <p>Derecho a Inspeccionar o Copiar la información médica a ser usada o compartida: Entiendo que tengo el derecho a inspeccionar o copiar la información de salud que he autorizado a usar o compartir mediante este formulario de autorización. Tengo la posibilidad de hacer arreglos para inspeccionar mi información médica u obtener copias de mi información médica contactando al departamento de Registros Médicos o Director de Privacidad.</p> <p>Derecho a recibir una copia de esta autorización: Entiendo que debo ser provisto con una copia de este formulario.</p> <p>Derecho a rehusarme a firmar esta autorización: Entiendo que no estoy obligado a firmar y que la(s) persona(s) y/u organización arriba mencionada(s), a quien estoy autorizando usar o compartir mi información, no podrán condicionar mi tratamiento, pago, inscripción a un plan médico o mi elegibilidad para beneficios de cuidado de salud médica basados en mi decisión de no firmar esta autorización.</p> <p>Derecho a revocar esta Autorización: Entiendo que una notificación escrita es necesaria para cancelar esta autorización. Para obtener información sobre cómo revocar mi autorización o para recibir una copia de mi revocación, puedo contactar al supervisor de Registros Médicos. Soy consciente que mi revocación no será efectiva en cuanto a usos y/o comunicaciones de mi información médica que la persona(s) y/o agencia arriba mencionadas han hecho ya en referencia a esta autorización.</p> <p>NOTA: La información de salud protegida usada o divulgada conforme a esta autorización podría o no estar sujeta a re-divulgación por el recipiente.</p>	
<p>He tenido una oportunidad de revisar y entender el contenido de este formulario de autorización. Al firmar esta autorización, estoy confirmando que refleja exactamente mis deseos. Autorizo por este medio la divulgación de mi información médica arriba indicada.</p> <p>Fecha de expiración: Esta autorización es válida por un año desde la fecha en que fue firmada.</p> <p>• Firma del Paciente o Guardián: _____ Fecha: _____</p> <p>Firma del intérprete que ayudó con este formulario (si aplica): _____</p>	
For Office Use Only	
<input type="checkbox"/> Faxed <input type="checkbox"/> Mailed <input type="checkbox"/> Hand Delivered By: _____ Date: _____ <div style="text-align: center;">Staff Name</div>	