



**CONSENT TO USE AND DISCLOSE  
PROTECTED HEALTH INFORMATION**

Registros médicos de Framingham Union: Teléfono: 508-383-8162 Fax: 508-383-1654  
Registros médicos de Leonard Morse: Teléfono: 508-650-7216 Fax: 508-650-7802 Página 1 de 2

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Al "marcar" una casilla junto a una de las categorías de información altamente confidencial que se indican a continuación, autorizo de forma específica el uso o la divulgación del tipo de información altamente confidencial, en caso de que dicha información se use o se divulgue de conformidad con la Autorización.

- |                                                                                            |                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aborto                                                            | <input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia        |
| <input type="checkbox"/> Maltrato o abandono infantil                                      | <input type="checkbox"/> Agresión sexual              |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas y alcohol                                         | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea           |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA, prueba o tratamiento (independientemente del resultado) | <input type="checkbox"/> Nota de ingreso psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica                                           | Otro (especifique) _____                              |

**PROPÓSITO PARA ESTA INFORMACIÓN**

- Continuación de la atención médica     Uso personal     Abogado/caso legal     Examen previo al empleo  
 Solicitud o reclamo ante el seguro/discapacidad     Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Autorizo a MetroWest Medical Center a     **Divulgar información a**    y/o     **Obtener información de**

Nombre de la persona/lugar/institución \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad/pueblo \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono		Número de fax (si corresponde)
<input type="checkbox"/> Extracto <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Registro del Departamento de Emergencias <input type="checkbox"/> Resumen del expediente médico <input type="checkbox"/> Antecedentes médicos y examen físico <b>Fechas del servicio:</b> _____	<input type="checkbox"/> Registro de medicamentos <input type="checkbox"/> Informe de operación <input type="checkbox"/> Informe de patología <input type="checkbox"/> Notas sobre la evolución (personal de enfermería) <input type="checkbox"/> Notas sobre la evolución (médico) <input type="checkbox"/> Código del Portal para pacientes <b>Fechas del servicio:</b> _____	<p align="center"><b>Pruebas de diagnóstico</b></p> <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> ECG: ecocardiograma, monitor Holter <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio <input type="checkbox"/> Mamografías originales (se deben devolver) <p align="center"><b>Copias en CD/película:</b></p> <input type="checkbox"/> Radiografía <input type="checkbox"/> Ecografía <input type="checkbox"/> Tomografía computarizada <input type="checkbox"/> Medicina nuclear <input type="checkbox"/> Densitometría ósea <input type="checkbox"/> Mamografía <b>Fechas del servicio:</b> _____

**SOLO PARA MEDICINA CONDUCTUAL** Autorización para divulgación verbal de la información y comunicación recíproca entre MWMC y las siguientes entidades (indique el nombre y la relación con la persona/personas):

**SOLO PARA USO INTERNO**

**TÉRMINO:** Esta autorización tendrá vigencia:

Desde la fecha de esta autorización hasta el día \_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_.

Hasta que MetroWest Medical Center cumpla con esta solicitud

Hasta que sucedan los siguientes eventos: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA USAR Y DIVULGAR  
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Página 2 de 2

Comprendo que una vez que **MetroWest Medical Center** divulgue la información sobre mi salud al destinatario, **MetroWest Medical Center** no puede garantizar que el destinatario no vuelva a divulgar la información sobre mi salud a un tercero. Es posible que al tercero no se le exija que cumpla con esta Autorización o con las leyes federales y estatales vigentes que rigen el uso y la divulgación de la información sobre mi salud.

Comprendo que puedo negarme a firmar o revocar (en cualquier momento) esta Autorización por cualquier motivo y que dicha negativa o revocación no afectarán el comienzo, la continuidad o la calidad del tratamiento que recibo en **MetroWest Medical Center**; excepto, no obstante, si el tratamiento que recibo en **MetroWest Medical Center** tiene el único objetivo de crear información médica para la divulgación al destinatario que se identifica en esta Autorización, en cuyo caso **MetroWest Medical Center** puede negarse a brindarme tratamiento si no firmo esta Autorización.

Comprendo que esta Autorización permanecerá en vigencia hasta el vencimiento del término de esta Autorización o hasta que yo proporcione un aviso o una revocación por escrito al Departamento de Información Médica de **MetroWest Medical Center** a la dirección que se indica a continuación. La revocación tendrá vigencia inmediatamente después de que MetroWest Medical Center reciba mi aviso por escrito, excepto que la revocación no tendrá ningún efecto en ninguna medida que haya tomado MetroWest Medical Center de conformidad con esta Autorización antes de recibir mi aviso por escrito de la revocación.

**Puedo comunicarme con la Unidad de Correspondencia de MetroWest Medical Center, a cargo del Departamento de Administración de Información Médica por correo a 67 Union Street, Natick, MA 01760 o 115 Lincoln Street, Framingham, MA 01701, o por teléfono al LMH 508-650-7216 o FUH 508-383-8162.**

**RIESGO/ADVERTENCIA**

Al aceptar la custodia de las copias en películas/discos digitales, el paciente o el destinatario designado aceptan los riesgos relacionados con su pérdida o robo, y reconocen que los datos pueden leerse a través de programas informáticos de fácil acceso, y como resultado, se podría comprometer la privacidad del paciente.

Además, el paciente acepta eximir de responsabilidad a MetroWest Medical Center, sus miembros del personal médico, empleados y agentes por cualquier daño o lesión que pudiera ocurrir como resultado de su custodia/manipulación (o la de su designado) de las copias de los datos en películas/discos.

**¿Qué le otorga la autoridad para recibir la información del paciente?**

- Autorización por escrito del paciente (debe adjuntarla)
- Si es el padre, la madre o el tutor del paciente (debe adjuntar documentos que lo demuestren)
- Si es la persona que toma las decisiones de atención médica en nombre del paciente (debe adjuntar documentos que lo demuestren, como un poder legal médico)
- Si el paciente ha fallecido y usted es el representante personal del patrimonio hereditario del paciente (debe adjuntar documentos que lo demuestren)

Otro (explique): \_\_\_\_\_

**He leído y comprendo los términos de esta Autorización, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y la divulgación de la información sobre mi salud. Al firmar a continuación, por medio del presente, autorizo de forma voluntaria y con pleno conocimiento a MetroWest Medical Center a usar o divulgar la información sobre mi salud de la manera descrita arriba.**

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Hora*

**Si el paciente es menor de edad o no puede firmar esta Autorización por cualquier motivo, se deben obtener las siguientes firmas:**

\_\_\_\_\_  
*Firma del representante personal*

\_\_\_\_\_  
*Descripción de autoridad*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Hora*

Método de entrega:

- Recogeré los registros/películas
- Deseo que me envíen los registros por correo
- Otro: \_\_\_\_\_

**MetroWest Medical Center, de conformidad con las leyes generales de Massachusetts, se rige por las tarifas actuales para las copias de registros médicos.**

**Solo para uso interno:** La identidad del solicitante ha sido validada con una identificación con fotografía emitida por el gobierno, como una licencia de conducir o un pasaporte, o con la comparación de las firmas documentadas en los registros de la información médica protegida.

\_\_\_\_\_  
*Firma del empleado que valida la identidad*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Hora*