

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 Amoskeag Health 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: _____
--	--

- **INFORMACION QUE SERA COMPARTIDA:**
 RESUMEN (incluye vacunas, resumen del historial médico, notas de las visitas médicas, resultados de laboratorios y de diagnósticos de los últimos 3 años)
 FECHAS ESPECIFICAS: Los últimos 18 meses de cuidado médico recibido en la agencia arriba mencionada. Otro: _____
 DOCUMENTOS ESPECIFICOS: Físicos Reportes de laboratorio visitas de oficina Otro: _____
 INTERCAMBIO VERBAL 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:**
 Transferencia de cuidado Coordinación de cuidado Consulta/Referido/Tratamiento Copia personal Escuela/Deportes
 Procedimiento legal Determinación de incapacidad Otro: _____
- **SI USTED SE VA O ESTA TRANSFIRIENDO SU CUIDADO MEDICO A OTRA PRACTICA: FAVOR MARQUE LA(S) RAZON(ES):**
 Cambio de seguro Mudanza/planea mudarse Ubicación/desea un lugar más cercano a su hogar, No pudo obtener una cita Mi proveedor se fue Insatisfecho(a) con el cuidado/servicios, por favor explique: _____
- **SI USTED INDICA QUE VA A TRANSFERIR/DEJAR DE RECIBIR ATENCION EN AMOSKEAG HEALTH, 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.**

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 Manchester Community Health Center haciendo negocios como Amoskeag Health **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.

Sus derechos en cuanto a esta autorización:
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.
Derecho a recibir una copia de esta autorización: Entiendo que debo ser provisto con una copia de este formulario.
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.
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.
NOTA: La información de salud protegida usada o divulgada conforme a esta autorización podría o no estar sujeta a re-divulgación por el recipiente.

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.
Fecha de expiración: Esta autorización es válida por un año desde la fecha en que fue firmada.
 • **Firma del Paciente o Guardián:** _____ **Fecha:** _____
 Firma del intérprete que ayudó con este formulario (si aplica): _____

For Office Use Only

Faxed Mailed Hand Delivered By: _____ Date: _____
 Staff Name