



999860



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

Mailing Address:

Medical Record Department
850 Harrison Avenue/ACC Basement
Boston, MA 02118

Fax: 617-414-4210
Phone: 617-414-4213

Patient Name: _____
 Last First MI

Address: _____
 Street (include Apt #, if applicable)

City State Zip Code

Birth Date: ____/____/____ Telephone #: _____ MR#: _____

ALTERNATE ADDRESS: (Please indicate if the information is to be sent to a different address, that is other than the address listed above).

Street (include Apt #, if applicable)

City State Zip Code

I hereby authorize Boston Medical Center to release my protected health information to:

Mail to: Hold for pickup by:

Name: _____

Address: _____

PURPOSE OF DISCLOSURE (Please check one):

- Myself
- Inspection
- Changing physicians
- Consultation
- School
- Legal
- Other (specify): _____

INFORMATION TO BE RELEASED (Please be specific and enter dates of service and clinic names if known):

- Medical Record Abstract (e.g., ED, H&P, Operative Rpt, Discharge Summary Consults, Labs, X-rays, Pathology)
- Clinic Notes _____ Pathology Reports _____
- Consultation Reports _____ MRI Reports _____
- Medication Records _____ ED Record _____
- Other (specify content) _____

PLEASE CHECK THE FORMAT YOU PREFER FOR RECEIVING YOUR MEDICAL RECORDS: PAPER ELECTRONIC

NOTE: Sending your medical records through email is not a secure method and may put your medical records and personal information at risk.

TO REQUEST THE RELEASE OF SPECIFICALLY PROTECTED OR PRIVILEGED INFORMATION, YOU MUST INITIAL BELOW:

- _____ HIV Test Results (PATIENT AUTHORIZATION REQUIRED FOR EACH RELEASE REQUEST).
 - _____ Sexually Transmitted Disease (STDS)
 - _____ Commonwealth of Massachusetts Sexual Assault
 - _____ Evidence Collection Kit/Sexual Assault Counseling
 - _____ Psychiatric Records or Information
 - _____ Psychotherapy Notes (Notes recorded by a mental health professional documenting or analyzing the contents of a conversation, during a private counseling session or group, joint, family counseling, and that are separate from the medical record).
 - _____ Alcohol and Drug Abuse Records Protected by Federal Confidentiality Rules 42 CFR Part 2.
 - _____ Genetic Counseling
 - _____ Domestic Violence
 - _____ Social Work Counseling/Therapy
 - _____ Professional services of a licensed psychologist
- FEDERAL RULES PROHIBIT ANY FURTHER DISCLOSURE OF THIS INFORMATION UNLESS DISCLOSURE IS EXPRESSLY PERMITTED BY WRITTEN AUTHORIZATION OF THE PERSON TO WHOM IT PERTAINS, OR AS OTHERWISE PERMITTED BY 42 CFR PART 2.

I understand that I have the right to withdraw my authorization at any time except to the extent that action has been taken on reliance on this authorization. I understand that if I revoke this authorization, I must do so in writing and present my written revocation to the Director of Medical Records. I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary, I can refuse to sign, and Boston Medical Center will not condition my treatment, payment, health plan enrollment, or eligibility for benefits on my providing authorization for the requested use or disclosure. *I understand that health information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to redisclosure by the recipient, and no longer protected by Federal Confidentiality regulations; however the recipient may be prohibited from disclosing substance abuse information.* I understand that I may inspect or copy the information to be disclosed, for a reasonable charge.

If I fail to specify an expiration date or event, and unless otherwise revoked, this authorization will expire **six months** from the date of the signature listed below. I have carefully read and understand the above, have had any questions explained to my satisfaction, and do herein expressly and voluntarily authorize disclosure of the above information about, or medical records of my condition to those persons or agencies listed above.

Signature of Patient (18 years or older) _____ Date _____

Signature of Legal Representative _____ Relationship to Patient: _____ Date _____



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

Dirección postal:

Medical Record Department
850 Harrison Avenue/ACC Basement
Boston, MA 02118

Fax: 617-414-4210
Teléfono: 617-414-4213

Nombre del paciente: _____		
Apellido	Nombre	Inic. del 2.º nombre
Dirección: _____		
Calle (incluya N.º de depto., si corresponde)		
Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ N.º de teléfono: _____ N.º de exp. méd.: _____		
DIRECCIÓN ALTERNATIVA: (Indique si desea que la información se envíe a una dirección distinta, que no sea la dirección que figura arriba).		
Calle (incluya N.º de depto., si corresponde)		
Ciudad	Estado	Código postal
Por la presente autorizo a Boston Medical Center a divulgar mi información de salud protegida:		
<input type="checkbox"/> Enviar por correo a: <input type="checkbox"/> Retener para que lo recoja:		
Nombre: _____		
Dirección: _____		

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN (marque uno):

- Uso propio Inspección Cambio de médicos Consulta Escuela Legal Otro (especifique): _____

INFORMACIÓN A DIVULGAR (especifique e ingrese las fechas de servicio, los nombres de las clínicas si los conoce):

- Resumen del registro médico (p. ej., Depto. de emergencias, Antecedentes y examen físico, Informe operativo, Consultas del resumen del alta, Análisis de laboratorio, Radiografía, Patología)
- Notas clínicas _____ Informes patológicos _____
- Informes de consulta _____ Informes de resonancia magnética por imágenes (MRI) _____
- Registros de medicamentos _____ Registro del Depto. de emergencias (ED) _____
- Otro (especifique el contenido) _____

MARQUE EL FORMATO QUE PREFERE PARA RECIBIR SUS REGISTROS MÉDICOS: PAPEL ELECTRÓNICO

NOTA: Enviar sus registros médicos a través del correo electrónico no es un método seguro y puede poner su expediente médico e información personal en riesgo.

PARA SOLICITAR LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN ESPECÍFICAMENTE PROTEGIDA O PRIVILEGIADA, DEBE COLOCAR SUS INICIALES A CONTINUACIÓN:

- | | |
|--|--|
| _____ Resultados de la prueba de VIH (SE REQUIERE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA CADA DIVULGACIÓN) | _____ Asesoramiento genético |
| _____ Enfermedades de transmisión sexual (ETS) | _____ Violencia doméstica |
| _____ Kit de recolección de evidencia de agresión sexual de la Mancomunidad de Massachusetts/Asesoramiento sobre agresión sexual | _____ Asesoramiento de un trabajador social/Terapia |
| _____ Registros o información de psiquiatría | _____ Servicios profesionales de un psicólogo con licencia |
| _____ Notas de psicoterapia (notas grabadas por un profesional de salud mental que documenta o analiza el contenido de una conversación durante una sesión privada de asesoramiento o de asesoramiento grupal, conjunta, familiar y que forman parte de su registro médico). | |
| _____ Registros de abuso de alcohol y drogas protegidos por las Normas Federales sobre Confidencialidad (Federal Confidentiality Rules), Tit. 42, Parte 2 del Código de Reglamentos Federales (CFR, por sus siglas en inglés). | |
- LAS NORMAS FEDERALES PROHÍBEN CUALQUIER DIVULGACIÓN POSTERIOR DE ESTA INFORMACIÓN, SALVO QUE SE PERMITA EXPRESAMENTE MEDIANTE UNA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DE LA PERSONA A QUIEN PERTENECE DICHA INFORMACIÓN O, DE OTRO MODO, SEGÚN LO PERMITA EL TIT. 42, PARTE 2 DEL CFR.

Entiendo que tengo derecho a retirar mi autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya actuado en virtud de esta autorización. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita ante el director de registros médicos. Entiendo que la autorización de la divulgación de esta información de salud es voluntaria, puedo negarme a firmar y Boston Medical Center no condicionará mi tratamiento, el pago, la inscripción en el plan de salud o la elegibilidad para los beneficios al hecho de que dé mi autorización para el uso o la divulgación solicitados. *Comprendo que la información de salud usada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una divulgación posterior por el destinatario y ya no estará protegida por las Normas Federales de Confidencialidad; no obstante, es posible que se le prohíba al destinatario divulgar información sobre abuso de sustancias.* Comprendo que puedo inspeccionar o copiar la información a divulgar por un costo razonable.

Si no especifica una fecha de caducidad o un evento y, salvo que se revoque de otro modo, esta autorización vencerá a los **seis meses** a partir de la fecha de la firma que aparece a continuación. He leído atentamente y comprendo todo lo anterior, me han explicado las preguntas a mi satisfacción y, en este documento, autorizo de forma expresa y voluntaria la divulgación de la información anterior sobre o los registros médicos de mi afección a las personas o agencias antes mencionadas.

Firma del paciente (18 años o mayor) _____ Fecha _____

Firma del representante legal _____ Relación con el paciente: _____ Fecha _____