

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD (continuación)

Entiendo que los siguientes proveedores de atención médica, incluidos su personal, empleados y entidades contratadas, pueden proporcionar o recibir mi información médica / dental con el fin de evaluar mis necesidades, brindarme servicios y coordinar mi atención. Entiendo que solo los proveedores que necesitan coordinar un aspecto particular de mi atención proporcionarán o recibirán información sobre ese aspecto de mi atención.

Transferencia de registros a CHCFC **Transferencia de registros de CHCFC**

Proveedores específicos/ Practicas Especialistas

Adjuntar hojas adicionales si es necesario

Designacion General

Entiendo que cualquiera de mis proveedores de tratamiento pueden proporcionar o recibir mi información médica / dental para fines de tratamiento. Entiendo que tengo derecho a obtener, previa solicitud, una lista de entidades a las que se haya divulgado mi información médica / dental (Lista de Divulgaciones), de conformidad con la designación general.

Registros a ser divulgados: Médico

Tipo de registros:

Período de información: Registro completo
 Período completo de atención médica.

Dental

Solo inmunizaciones (vacunas)

Otros: _____

Otros: _____

Doy permiso para compartir información de mi registro médico / dental sobre las pruebas de anticuerpos y antígenos del VIH con:

_____ *Imprimir nombre del lugar médico y proveedor*

_____ *Iniciales del paciente*

_____ *Fecha*

Entiendo que mis proveedores de atención médica pueden comunicar mi información por cualquier medio, incluso verbalmente, en papel, por fax, por transmisión electrónica segura y por la Autopista de información de salud de Massachusetts (Masswayway).

MI ELECCIÓN DE CONSENTIMIENTO

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento.

Doy CONSENTIMIENTO. Con mi firma a continuación, reconozco que he dado mi consentimiento según lo indicado anteriormente de manera libre, voluntaria y sin coacción. Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento; sin embargo, cualquier información que ya haya sido intercambiada no puede ser retirada. El consentimiento expira un año después de la Fecha de entrada en vigencia de este consentimiento (a continuación), a menos que elija una opción a continuación. Si no he revocado este consentimiento, vencerá cuando se cumpla una de las siguientes condiciones. Elige uno:

El consentimiento expira en esta fecha: _____

El consentimiento expira en esta condición o evento: _____

Yo NEGUO CONSENTIMIENTO. Con mi firma a continuación, reconozco que he negado el consentimiento para que mis proveedores de atención médica se comuniquen entre sí. Reconozco que al negar mi consentimiento, mis proveedores de atención médica pueden tener límites en su capacidad para brindar y coordinar mi atención.

Firma del paciente

Fecha Efectiva

Firma del tutor legal del paciente o representante autorizado

Fecha Efectiva

Nombre impreso del Guardián legal o representante autorizado

Descripción de la Autoridad *si está firmado*
Por Guardián legal o representante autorizado

Firma del traductor (si corresponde)

Nombre impreso del traductor (si corresponde)

