

**FRANCISCAN HOSPITAL for CHILDREN**  
**30 Warren Street, Brighton, MA 02135**  
**(617) 254-3800 x 1890 Medical Record Department**

**AUTORIZACIÓN PARA OBTENER/DIVULGAR ARCHIVOS MÉDICOS**

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_

Mediante el presente, autorizo al Franciscan Hospital for Children a: **OBTENER DE** o **DIVULGAR**  
A (Marque una)

Fechas en las que se recibió Servicio/Tratamiento: \_\_\_\_\_

Institución/Escuela \_\_\_\_\_ Institución/Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Atención: \_\_\_\_\_

Atención: \_\_\_\_\_

Por favor, marque la información que va a ser divulgada:  Reporte Clínico  Reporte(s) de Evaluación  Archivos de Cuidados de Urgencia  
 Inmunizaciones  Notas de Admisión  Resumen de Alta  Examen Físico  Consultas  Pruebas Psicológicas  
 Planes de Tratamiento  Pruebas de Laboratorio  Archivos Médicos Completos  Otros (Por favor especifique): \_\_\_\_\_

**Propósito de la Divulgación:**  Cuidados Médicos  SPED  Otros

**Archivos que Contienen Información Delicada:**

Yo he leído y entendido las declaraciones descritas arriba y mediante el presente documento doy a conocer mi autorización voluntaria para que se divulgue la información y/o **Archivos Psiquiátricos, Información sobre Abuso de Drogas y Alcohol, Enfermedades Transmitidas Sexualmente o Información delicada** acerca de mi condición y tratamiento a las personas/agencias nombradas arriba, desde que la divulgación de la información se haga de acuerdo a la ley.

Por favor marque las declaraciones apropiadas:

Sí  NO autorizo la divulgación de la información, que esté relacionada a tratamiento psiquiátrico, o diagnóstico de abuso de cualquier tipo, enfermedades sexualmente transmitidas. (Información sobre Alcohol y Drogas está protegida por los Reglamentos Federales: 42 CFR Parte II.)

**Divulgación de Información relacionada al VIH.** En la medida que mis archivos médicos contengan información relacionada a anticuerpos contra el VIH (HTLV-III ) y pruebas de antígenos que están protegidos por L.C.L. Cap. 111 70f, Yo autorizo la divulgación de dicha información para el siguiente propósito:

Firma del Paciente o Representativo Personal

Firma del Testigo

Nombre del Paciente o Representativo Personal  
Fecha

Fecha

Nombre del Testigo

**Condiciones de la Autorización:**

Esta autorización será válida durante 120 días a partir de la fecha en que se firma. Yo entiendo que esta autorización puede ser anulada en cualquier momento mediante una notificación escrita dirigida a la institución, a no ser que ya se haya iniciado acción basada en ella. Una fotocopia de esta autorización constituye una autorización válida. Yo entiendo que la persona que reciba esta información puede divulgar de nuevo cualquier información usada en esta autorización y que dicha información que ha sido divulgada nuevamente no esta cubierta bajo las Reglas de Privacidad.

Firma del Paciente (si tiene 18 años o más); o del Padre (si el paciente es menor de 18);  
Testigo  
o Tutor Legal; o Agente de Cuidados de Salud (*encierra uno en un círculo*)

Firma del

Nombre del Paciente o Persona Autorizada

Fecha

Nombre con letras de molde del Testigo

Fecha

9228 Revised 04-03