



Community Health Connections

We take great care of you!

Servicios de Gestión de Información Médica

ACTION CHC 130 Water Street, Fitchburg, MA 01420 Fitchburg CHC 326 Nichols Rd, Fitchburg, MA 01420
Gardner CHC 175 Connors Street, Gardner, MA 01440 Leominster CHC 14 Manning Ave, Leominster, 01453
Leominster CHC 165 Mill Street, Leominster, MA 01453 | 978-878-8100 | www.chcfhc.org

Autorización Para Divulgar la Información de Salud Protegida (PHI)

Este formulario es para divulgaciones realizadas a través de la comunicación, el acceso u otros usos de la Información de Salud Protegida (PHI). Si necesita una copia de los registros médicos, refiérase al formulario "Autorización Para la Divulgación de Información Médica" de Community Health Connections (CHC). Nota: el acceso al portal del paciente no requiere autorización.

Fecha del Pedido: _____

Yo, (imprimir el nombre) _____ Fec. Nac. _____, autorizo la divulgación de información de mi salud como se describe a continuación.

- CHC está autorizado a usar / divulgar mi información de salud para la atención médica que se me proporcionó en el sitio de CHC: ACTION Fitchburg Gardner Leominster
- Autorizo a CHC a divulgar mi información médica a los siguientes:
 Esposo/a Miembro familiar: _____ otro; _____
Nombre completo y dirección de la persona (s): _____

- Información que puede ser utilizada / divulgada:
 comunicación (en persona/telefónica) otra: _____
Describir: _____

- La información será utilizada / divulgada para el (los) siguiente (s) propósito (s): _____

- Entiendo que si la persona o afiliada médica que recibe la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede volver a divulgarse y dejar de estar protegida por estas reglamentaciones.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado acción basada en este asunto.
- Esta autorización **vence** el:
(Fecha) _____, o
 un año a partir de la fecha de esta autorización, o
 indefinido.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

Representante personal (si corresponde): _____ Fecha: _____