



NEW ENGLAND NEUROLOGICAL ASSOCIATES
AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

(A el paciente: la finalizacion y firma de esta autorizacion le permite a New England Neurological Associates a divulgar su informacion de salud protegida a las entidades especificas que usted indique abajo (por ejemplo, abogados, companias de seguro de vida, portadores de incapacidad) o personas (por ejemplo, esposos, hijos u otras personas que usted anticipe puedan estar envueltas en su cuidado de salud)

Seccion A: Debe de ser completada por el paciente o un personal representativo para todas las autorizaciones.

Yo autorizo por este medio el uso o divulgacion de mi informacion de salud individualmente identificable segun lo descrito abajo.

Nombre del Paciente: Fecha de nacimiento:

Por favor identifique a aquellas personas u organizaciones autorizadas al uso o divulgacion de su informacion:

Nombre Telefono/Fax:

Por favor identifique a aquellas personas u organizaciones autorizadas a recibir su informacion:

Nombre Telefono/Fax:

La siguiente informacion es para ser usada o divulgada (marque las casillas apropiadas):

Divulgacion General

- ( ) Informacion Demografica ( ) Historial Y Examen Fisico
( ) Rayos X/ Reportes de Radiologia ( ) Notas de la Oficina (las cuales incluyen, pero no limitan, Historia y examen fisico, Rayos X/reportes de radiologia, medicinas e informacion demografica)
( ) Informacion de Facturacion ( ) Otros (especifique)

Para la siguiente fecha(s) de tratamiento o condicion: (especifique fechas de tratamiento o condicion)

Autorizacion para Divulgar Informacion Sensible de Salud

En cumplimiento con las leyes de Massachusetts, las cuales requieren un permiso especial para divulgar informacion de salud sensible, yo autorizo la divulgacion de mis antecedentes a la entidad nombrada arriba pertinente a:

- ( ) Uso de Alcohol o Drogas ( ) HIV/SIDA
( ) Aborto ( ) Estudios de Infertilidad
( ) Asalto Sexual ( ) Consejeria o Tratamiento Psicologico
( ) Salud Mental/ ( ) Enfermedades Sexualmente Transmitidas
Visitas Psiquiatricas ( ) Otras:

Por Favor indique cualquier restriccion:

Yo requiero que esta informacion sea divulgada con el siguiente proposito:
( ) Por requerimiento del individuo ( ) Continuar el cuidado con otro proveedor

Riverwalk
354 Merrimack Street
Lawrence, MA 01843

Doctor's Office Building
21 Highland Ave, Suite A
Newburyport, MA 01950

Medical Arts Building West
168 Kinsley Street, Suite 1
Nashua, NH 03061

neneuro.com
354 Merrimack Street
Lawrence, MA 01843

Chelmsford
25 Fletcher Street
Chelmsford, MA 01824

Westford Commons
234 Littleton Road, Suite D
Westford, MA 01886

Phone for all locations:
(978) 687-2321
(603) 882-2114
Fax for all locations:
(978) 722-7289



- Para demanda del Seguro  
 Uso personal

- Revision del Abogado o un Caso Legal  
 Otros (especifique): \_\_\_\_\_

Seccion B: Debe de ser completada por New England Neurological Associates si esta ha requerido la autorizacion para sus propios propositos.

1. Cual es el proposito o el uso de la divulgacion?  
\_\_\_\_\_

2. New England Neurological recibira compensacion financiera o cualquier clase de remuneracion a cambio del uso o divulgacion de salud arriba descrita.

Si: \_\_\_\_\_

No: \_\_\_\_\_

3. El paciente o su representante debe leer e inicialar las siguientes declaraciones:

a. Yo entiendo que mi cuidado de salud y el pago por mi cuidado de salud no sera afectado si yo no firmo este formulario. Iniciales: \_\_\_\_\_

b. Yo entiendo que podria ver y copiar la informacion descrita en este formulario si pregunto por el y que recibire una copia de este formulario despues de firmarlo. Iniciales: \_\_\_\_\_

Seccion C: Debe ser completada para todas las autorizaciones:

El paciente o su representante debe leer e inicialar las siguientes declaraciones:

a. Yo entiendo que New England Neurological Associates no condicionara mi tratamiento en que yo provea autorizacion para el uso requerido o divulgacion - excepto en circunstancias limitadas (por ejemplo, si el tratamiento esta relacionado a un estudio o si el tratamiento es necesario para el proposito de crear informacion de salud protegida para la divulgacion de una tercera persona, como examen fisico para la escuela, campamento y para propositos de trabajo.) Iniciales: \_\_\_\_\_

b. Yo entiendo que puedo revocar mi autorizacion en cualquier momento notificando por escrito al Oficial de Privacidad de New England Neurological Associates; sin embargo esta revocacion no afecta ninguna accion tomada por New England Neurological Associates antes de recibir mi revocacion escrita. Iniciales: \_\_\_\_\_

c. Yo entiendo que la informacion usada o divulgada por medio de esta autorizacion puede estar sujeta a una redivulgacion por el recipiente y no va a ser protegida por las regulaciones federales de privacidad y otras leyes estatales o federales aplicables. Iniciales: \_\_\_\_\_

d. Yo entiendo que que podria ver y copiar la informacion descrita en este formulario si pregunto por el, y que recibire una copia despues de firmarla. Iniciales: \_\_\_\_\_

e. Yo entiendo que esta autorizacion espirara en \_\_\_\_\_  
Iniciales: \_\_\_\_\_ (especifique la fecha o evento relacionado con el paciente o el proposito de la divulgacion)

f. Yo entiendo que esta autorizacion es voluntaria y que tengo el derecho de negarme a firmarla. Iniciales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del individuo o Personal representante del individuo  
(Nota: el formulario debe ser completado antes de firmarse).

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprima el Nombre del Paciente o del Personal Representativo  
Relacion con el Personal Representativo o con el Individuo

**\* USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACION\***