



**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, compañías 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 \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Informacion Demografica         | <input type="checkbox"/> Historial Y Examen Fisico   |
| <input type="checkbox"/> Rayos X/ Reportes de Radiologia | <input type="checkbox"/> Notas de la Oficina (las cuales incluyen, pero no limitan, Historia y examen físico, Rayos X/reportes de radiologia, medicinas e informacion demografica) |
| <input type="checkbox"/> Informacion de Facturacion      | <input type="checkbox"/> 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:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Uso de Alcohol o Drogas                | <input type="checkbox"/> HIV/SIDA   |
| <input type="checkbox"/> Aborto                                 | <input type="checkbox"/> Estudios de Infertilidad   |
| <input type="checkbox"/> Asalto Sexual                          | <input type="checkbox"/> Consejeria o Tratamiento Psicologico                                     |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental/<br>Visitas Psiquiatricas | <input type="checkbox"/> Enfermedades Sexualmente Transmitidas<br><input type="checkbox"/> 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\***