



TLC Pediatrics Revere  
280 Beach Street  
Revere, MA 02151  
(P) 781-289-5057  
(F) 781-289-4485

TLC Pediatrics Everett  
391 Broadway Suite 301  
Everett, MA 02149  
(R) 617-389-2121  
(F) 617-389-4194

**Autorización para la divulgación de registros médicos.**

**Demografía**

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

**Autorización**

Nota: Todas las referencias a "paciente" que aparecen a continuación se refieren al paciente mencionado anteriormente.

Doy permiso para que **TLC Pediatrics comparta ( ) obtenga ( )** mi expediente médico o el del **paciente con ( ) de ( )** la persona u organización que se enumera a continuación. Mi expediente médico o el del paciente puede incluir historiales de pacientes, notas del consultorio (excepto notas de psicoterapia), resultados de pruebas, estudios de radiología, películas, referencias y consultas.

Si autoriza la divulgación de registros a TLC desde otra instalación, indique la información de contacto de la instalación a continuación

Nombre: \_\_\_\_\_ Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Elige uno**

( ) Registro médico (excepto información confidencial según lo define la ley de Massachusetts)

( ) Historial Médico del tiempo del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

( ) Sólo información relacionada con una determinada enfermedad o lesión. Por favor describa:

\_\_\_\_\_

**Enviar una copia de mi expediente médico o del del paciente a:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_



TLC Pediatrics Revere  
280 Beach Street  
Revere, MA 02151  
(P) 781-289-5057  
(F) 781-289-4485

TLC Pediatrics Everett  
391 Broadway Suite 301  
Everett, MA 02149  
(R) 617-389-2121  
(F) 617-389-4194

**Según las leyes de privacidad de Massachusetts, se necesita un consentimiento por separado para compartir información sobre estos temas:**

- Uso, abuso y/o tratamiento de alcohol/drogas.
- Tratamiento de enfermedades mentales y/o comunicaciones de servicios sociales.
- Historial de enfermedades venéreas (transmitidas sexualmente) u otras enfermedades transmisibles.
- Resultados de las pruebas de VIH/SIDA

**Por favor ponga sus iniciales en todas las partes que acepta haber compartido.**

Al poner iniciales en cada elemento a continuación, doy permiso a **TLC Pediatrics para compartir ( ) obtener ( )** este tipo de información. Entiendo que si no escribo mis iniciales en la casilla, TLC Pediatrics no compartirá esta información sobre mí o la salud del paciente con la persona u organización mencionada anteriormente.

Solo inicial en caso afirmativo	<b>Resultados de la prueba del VIH</b> (se requiere aprobación específica para cada solicitud de liberación) Especifique las fechas:
Solo inicial en caso afirmativo	<b>Resultados de las pruebas de detección genética</b> (especifique)
Solo inicial en caso afirmativo	<b>Registros de tratamiento de abuso de alcohol y drogas.</b> Protegido por las Reglas Federales de Confidencialidad 42 CFR Parte 2. Las reglas federales prohíben cualquier divulgación adicional de esta información a menos que se permita expresamente la divulgación adicional mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permita la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales.
Solo inicial en caso afirmativo	<b>Detalles del diagnóstico y/o tratamiento de salud mental proporcionado por un psiquiatra, psicólogo, especialista en enfermería clínica de salud mental o médico clínico con licencia en salud mental (LMHC).</b> Entiendo que es posible que no se requiera mi permiso para divulgar registros de salud mental con fines de pago.
Solo inicial en caso afirmativo	Comunicaciones confidenciales con un trabajador social con licencia.
Solo inicial en caso afirmativo	Información relacionada con el consumo de alcohol, drogas y/o tabaco.
Solo inicial en caso afirmativo	Información relacionada con una enfermedad de transmisión sexual, actividad y/u orientación sexual.
Solo inicial en caso afirmativo	Información relacionada con el diagnóstico o tratamiento del embarazo.



TLC Pediatrics Revere  
280 Beach Street  
Revere, MA 02151  
(P) 781-289-5057  
(F) 781-289-4485

TLC Pediatrics Everett  
391 Broadway Suite 301  
Everett, MA 02149  
(R) 617-389-2121  
(F) 617-389-4194

Solo inicial en caso afirmativo	Información relacionada con el abuso o negligencia infantil.
Solo inicial en caso afirmativo	Información sobre violencia familiar y/o consejería para víctimas de violencia doméstica
Solo inicial en caso afirmativo	Otro(s): Por favor, enumere

**Según la ley de Massachusetts, se puede permitir que los pacientes menores de 18 años proporcionen o rechacen la liberación sin el consentimiento de los padres.** Al firmar a continuación, acepto que entiendo lo anterior y permito voluntariamente que se comparta mi historial médico o el del paciente.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor legal (si corresponde):

\_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_