

Departamento de Salud Pública de Massachusetts (Massachusetts Department of Public Health)
Autorización para revelar información
Permiso para compartir información

Si usted quiere que _____ comparta información sobre usted con otra persona u
(Nombre de la persona u organización)
organización, por favor, asegúrese de completar todas las secciones siguientes (Secciones I-VI). De esta manera
sabremos qué información quiere que compartamos y con quién. Si deja alguna sección en blanco, excepto la
Sección II (B), su permiso no será válido, y no podremos compartir su información con la(s) persona(s) u
organización que usted mencione en este formulario.

SECCIÓN I

Yo, _____, doy mi permiso para que _____
(su nombre en letras de molde) (Nombre de la persona
u organización)
comparta la información sobre mí que menciono en la Sección II con la(s) persona(s) u organización que menciono
en la Sección V.

SECCIÓN II

A. Información de salud y personal

Por favor describa la información sobre usted que usted quiere que _____ comparta.
(Nombre de la persona u organización)

Por favor, incluya las fechas y detalles que desea compartir.

B. Permiso para información de salud específica. Sólo si usted decide compartir cualquiera de los siguientes tipos de información, por favor, escriba sus iniciales sobre la línea:

_____ Específicamente autorizo, tal como lo requiere M.G.L. c. 111, § 70F, a revelar información de mi archivo sobre pruebas de anticuerpo y antígeno del VIH, y sobre diagnóstico o tratamiento para infección por VIH/SIDA.

_____ Específicamente autorizo, tal como lo requiere M.G.L. c. 111, § 70G, a compartir información de mi archivo sobre mi información genética.

_____ Específicamente autorizo a compartir información de mi archivo sobre tratamiento para problemas por alcohol o drogas. Si esta información se comparte, entiendo que deberá incluirse un aviso específico, tal como lo requiere 42 CFR, Parte 2, que prohíba una nueva revelación de esta información confidencial.

SECCIÓN III – Razón para compartir esta información

Por favor, describa la razón o razones para compartir esta información. Si no desea enumerar las razones, puede escribir sólo: "a mi solicitud", si está comenzando la solicitud.

SECCIÓN IV – Quién puede compartir esta información

Autorizo a la persona u organización mencionada más abajo a compartir la información que he mencionado en la Sección II:

Nombre _____

Organización _____

Dirección _____

**Departamento de Salud Pública de Massachusetts (Massachusetts Department of Public Health)
Autorización para revelar información**

SECCIÓN V – Quién puede recibir mi información

La persona u organización mencionada en la Sección IV puede compartir la información que he mencionado en la Sección II con esta(s) persona(s) u organización:

Nombre _____

Organización _____

Dirección _____

Entiendo que es posible que la(s) persona(s) u organización mencionada en esta sección no esté cubierta por las leyes federales o estatales de privacidad, y que podría(n) compartir con otros la información que reciben.

SECCIÓN VI – Duración de este permiso

Este permiso para compartir mi información es válido hasta _____
Indique fecha o acontecimiento

Si no menciono una fecha o acontecimiento, este permiso durará un año a partir de la fecha de la firma.

- Entiendo que puedo cambiar de parecer y cancelar este permiso en cualquier momento. Para hacerlo, tengo que escribir una carta a _____, y enviarla o llevarla al lugar al que ahora doy
(Nombre de la persona u organización)
este permiso (o completarla en el lugar específico). Si la información ya se ha enviado, entiendo que es demasiado tarde para que cambie de parecer y cancele el permiso.
- Entiendo que no tengo que dar permiso para compartir mi información con la(s) persona(s) u organización mencionada en la Sección V.
- Entiendo que si no doy este permiso o si cancelo mi permiso, podré seguir recibiendo el tratamiento o los beneficios que tengo derecho a recibir, siempre que esta información no sea necesaria para determinar si reúno los requisitos para recibir los servicios o el pago por los servicios que recibo.

SECCIÓN V – Firma

Por favor, firme y ponga la fecha en este formulario y escriba su nombre en letras de molde.

Su firma

Fecha

Su nombre en letras de molde

Si la persona que completa este formulario tiene la autoridad legal para actuar en su nombre (como el padre de un menor, un tutor o albacea testamentario designado por un tribunal, un padre con la custodia o un agente de cuidado de la salud), por favor:

Escriba en letras de molde el nombre de la persona que completa este formulario: _____

Firma de la persona que completa este formulario: _____

Describa la autoridad legal de esta persona respecto a este individuo: _____
