



Instrucciones:

Por favor, rellene, firme y devuelva este formulario a Registros Médicos:

- 1. Fax: 508-790-4548
- 2. E-mail: cchmedicalrecords@capecodhealth.org
- 3. Correo: P.O. Box 640, Hyannis, Ma, 02601  
A la Atención de: CCHC Medical Records  
Correspondence Office

Marque aquí \_\_\_\_ si solicita una copia de su propio historial médico y prefiere recibirla en formato electrónico (por correo electrónico seguro).

**Autorización para la Divulgación de Información del Historial Médico**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad/Pueblo Estado Código Postal

Por la presente autorizo y solicito:  Cape Cod Hospital  Falmouth Hospital

Entregar una copia de mi historial médico a: \_\_\_\_\_  
Nombre del Destinatario

Dirección del Destinatario \_\_\_\_\_ Teléfono del Destinatario \_\_\_\_\_

Con el fin de:  Personal  Seguro  Legal  Otro: \_\_\_\_\_

Información Solicitada: \_\_\_\_\_

Abarca el Periodo Comprendido entre: \_\_\_\_\_ y: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor durante doce (12) meses o hasta que yo proporcione notificación por escrito de revocación a Cape Cod Healthcare, excepto en la medida en que la acción en él ya ha comenzado. Por la presente, con conocimiento y voluntariamente autorizo Cape Cod Healthcare, Inc. y sus afiliados ("CCHC") a utilizar y / o divulgar mi información de salud para los fines antes mencionados. Entiendo que una vez que dicha información haya sido divulgada al destinatario previsto, que CCHC no puede garantizar que el destinatario no volverá a divulgar mi información de salud a un tercero. Es posible que el tercero no esté obligado a cumplir con esta Autorización o con las leyes federales y estatales aplicables que rigen el uso y la divulgación de mi información médica.

**Soy consciente de que el expediente que se divulgará en virtud de esta Autorización puede contener el siguiente asunto y estoy autorizando la divulgación de dicha información altamente sensible:**

- Uso, abuso y/o tratamiento de alcohol/drogas
- Tratamiento de enfermedades mentales y/o comunicaciones de servicios sociales
- Historial de enfermedades venéreas u otras enfermedades transmisibles
- Tratamiento o pruebas de VIH/SIDA

**Solicito que se excluya de esta divulgación la siguiente información:** \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente o Representante Legal (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ E-mail del Paciente o Representante Legal: \_\_\_\_\_

Firma del del Paciente o Representante Legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Departamento de Registros Médicos en el 508-862-5540

