



Boston Children's Hospital
Until every child is well



* 0 3 0 3 8 *

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS INFORMATION
AUTORIZACIÓN PARA COMUNICAR INFORMACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO

Signed form may be faxed to:
617-730-0327, or mailed to:
El formulario firmado puede
enviarse por fax al
617-730-0327 o por correo a:

HIM/Medical Records
Boston Children's Hospital
300 Longwood Avenue
Boston, MA 02115

Please complete this form and sign on page 5 where indicated.
Complete este formulario y firme en la página 5 donde se indica.

If you have questions related to this form, contact HIM/Medical Records at 617-355-7546
Si tiene preguntas acerca de este formulario, llame al 617-355-7546 (HIM/Historiales Médicos)

Demographics Datos demográficos

Patient Last Name _____	First Name _____	MI _____
Home Street Address _____		Apt# _____
City _____	State _____	Zip _____
Children's MR# _____	Home Telephone () _____	
Date of Birth _____	Alternate Telephone () _____	
Email _____		
Apellido del paciente _____	Nombre _____	Inicial 2.º nombre _____
Dirección del hogar _____		Apto. n.º _____
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
N.º de historial médico _____	Teléfono del hogar () _____	
Fecha de nacimiento _____	Teléfono alternativo () _____	
Correo electrónico _____		

I authorize Boston Children's Hospital to release my/my child's protected health information including copies of my medical record of care to the following person(s) at the address/facility listed below:

Name/Facility _____	
Attention _____	Telephone () _____
Address Suite/Room _____	Fax () _____
City/State _____	Zip _____

Autorizo a Boston Children's Hospital a comunicar información protegida sobre la de salud mía o de mi niño, incluyendo copias del historial de mi atención médica, a las siguientes personas en la dirección o centro que se indican a continuación:

Nombre del establecimiento _____	
Atención _____	N.º de teléfono () _____
Dirección, suite o cuarto _____	Fax () _____
Ciudad o estado _____	Código postal _____

CONTINUE ON NEXT PAGE CONTINÚE EN LA PRÓXIMA PÁGINA

Page 1 Please complete all of this form and sign and date at the bottom of last page
Pág. 1 Complete todo el formulario y firme y feche al final de la última página

BOSTON CHILDREN'S HOSPITAL, 300 LONGWOOD AVE., BOSTON, MA 02115

PURPOSE OF RELEASE (check the appropriate box below) <input type="checkbox"/> Medical Care <input type="checkbox"/> School or Camp <input type="checkbox"/> Insurance* <input type="checkbox"/> Personal * <input type="checkbox"/> Legal Matter* <input type="checkbox"/> Other (please specify)	* Please refer to the Boston Children's Hospital Notice for information on copying fees that may be associated with this request. There may be additional charges for copies of photographs.	FORMAT OF RELEASE (please check the appropriate box below) <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Paper <input type="checkbox"/> Fax (to MD Office only) <input type="checkbox"/> Electronic
--	--	--

PROPÓSITO DE LA COMUNICACIÓN (marcar la casilla correspondiente) <input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Escuela o campamento <input type="checkbox"/> Seguro* <input type="checkbox"/> Personal* <input type="checkbox"/> Asunto legal* <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	* Vea al aviso de Boston Children's Hospital sobre los posibles costos de copiado relacionados con esta solicitud. Puede haber cargos adicionales por el copiado de fotografías.	FORMATO DE LA COMUNICACIÓN (marcar la casilla correspondiente) <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Fax (a consultorio médico solamente) <input type="checkbox"/> Electrónico
---	--	--

INFORMATION REQUESTED

DATE RANGE for information needed: _____

Entire Medical Record (charges may apply)
 Medical Record Abstract (e.g. History & Physical, Operative Report, Consults, Test Reports, Discharge Summary)
 Pathology Materials (please specify materials requested and date(s) of surgery: _____)
 Other - Specify information to be released: _____

INFORMACIÓN SOLICITADA

PERÍODO DE TIEMPO (de la información necesaria): _____

Todo el historial médico (pueden haber cargos)
 Resumen del historial médico (por ej., historial y examen físico, informe quirúrgico, consultas, informes de pruebas, resumen de alta)
 Materiales de patología (especifique los materiales solicitados y las fechas de cirugías): _____
 Otra información especial que se debe comunicar: _____

Boston Children's Hospital has my permission to release information contained in the Medical Record of the patient named on this form. I understand the information may include the items initialed below (if it is in your/your child's medical record):

PLEASE INITIAL ALL ELEMENTS YOU AGREE TO HAVE RELEASED

Doy permiso a Boston Children's Hospital para comunicar información contenida en el historial médico del paciente nombrado en este formulario. Comprendo que la información podría incluir los renglones marcados con mis iniciales a continuación (si está en el historial médico de usted o su niño):

PONGA SUS INICIALES JUNTO A TODO LO QUE USTED PERMITA QUE SE COMUNIQUE

Initial if info may be released	HIV test results (SPECIFIC PATIENT AUTHORIZATION REQUIRED FOR EACH RELEASE REQUEST) SPECIFY DATES:
Ponga sus iniciales si la información se puede comunicar	Resultados de pruebas de HIV (PARA CADA SOLICITUD DE COMUNICACIÓN SE REQUIERE LA AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE), ESPECIFICAR FECHAS:
Initial if info may be released	Genetic Screening Test Results (SPECIFY TYPE OF TEST)
Ponga sus iniciales si la información se puede comunicar	Resultados de pruebas genéticas (ESPECIFICAR EL TIPO DE PRUEBA)
Initial if info may be released	Alcohol and Drug Abuse Treatment Records Protected by Federal Confidentiality Rules 42 CFR Part 2 FEDERAL RULES PROHIBIT ANY FURTHER DISCLOSURE OF THIS INFORMATION UNLESS FURTHER DISCLOSURES IS EXPRESSLY PERMITTED BY THE WRITTEN CONSENT OF THE PERSON TO WHOM IT PERTAINS, OR AS OTHERWISE PERMITTED BY 42 CFR PART2. I can, however, cancel this authorization in writing at any time, except to the extent that Children's has relied upon it.
Ponga sus iniciales si la información se puede comunicar	Historiales de tratamiento por abuso de alcohol o drogas protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad 42 CFR Parte 2 LAS REGLAS FEDERALES PROHÍBEN CUALQUIER OTRA COMUNICACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN A MENOS QUE ESTÉ PERMITIDA EXPRESAMENTE MEDIANTE EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA PERSONA A LA QUE SE REFIERE, O SEGÚN LO PERMITA 42 CFR PARTE 2. No obstante, yo puedo cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en el caso de que Children's ya haya actuado en base a ella.
Initial if info may be released	Details of Mental Health Diagnosis and/or Treatment provided by a Psychiatrist, Psychologist, Mental Health Clinical Nurse Specialist, or Licensed Mental Health Clinician (LMHC). I understand that my permission may not be required to release my mental health records for payment purposes.
Ponga sus iniciales si la información se puede comunicar	Detalles de un diagnóstico o tratamiento provisto por un psiquiatra, psicólogo, enfermero o profesional clínico especialista en salud mental. Comprendo que mi permiso tal vez no sea necesario para comunicar mis historiales de salud mental con fines de pago.
Initial if info may be released	Confidential Communications with a Licensed Social Worker
Ponga sus iniciales si la información se puede comunicar	Comunicaciones confidenciales con un trabajador social licenciado
Initial if info may be released	Information related to a sexually transmitted disease
Ponga sus iniciales si la información se puede comunicar	Información relacionada con una enfermedad de transmisión sexual
Initial if info may be released	Information related to diagnosis or treatment of Hepatitis
Ponga sus iniciales si la información se puede comunicar	Información relacionada con un diagnóstico o tratamiento de hepatitis

CONTINUE ON NEXT PAGE

CONTINÚE EN LA PRÓXIMA PÁGINA

Please complete all of this form and sign and date at the bottom of last page

Complete todo el formulario y firme y feche al final de la última página

Initial if info may be released	Information related to diagnosis or treatment of Pregnancy
Ponga sus iniciales si la información se puede comunicar	Información relacionada con un diagnóstico o tratamiento de embarazo
Initial if info may be released	Information related to spouse abuse and/or child abuse or neglect
Ponga sus iniciales si la información se puede comunicar	Información relacionada con maltrato o descuido por parte del cónyuge
Initial if info may be released	Information concerning family violence and/or Domestic Violence Victims' Counseling
Ponga sus iniciales si la información se puede comunicar	Información relacionada con violencia familiar o consejería a víctimas de violencia doméstica
Initial if info may be released	Contain information regarding rape and/or Sexual Assault Counseling
Ponga sus iniciales si la información se puede comunicar	Contiene información sobre consejería por violación o agresión sexual
Initial if info may be released	Other(s): Please list
Ponga sus iniciales si la información se puede comunicar	Otra: Por favor explique

I hereby authorize Boston Children's Hospital (Children's) to release any medical information as requested above. This may include information about drug or alcohol use, psychiatric, social work, or other protected information unless otherwise excluded, except psychotherapy notes. I am aware that Children's cannot control how the recipient uses or shares the information, and that laws protecting its confidentiality at Children's may or may not protect this information once it has been disclosed to the recipient.

Por la presente autorizo a Boston Children's Hospital (Children's) para comunicar la información solicitada anteriormente. Esto puede incluir información sobre uso de alcohol o drogas, psiquiátrica, de trabajadores sociales y otra información protegida a menos que esté excluida, con la excepción de las notas de psicoterapia. Soy consciente de que Children's no puede controlar cómo usa o comparte la información el receptor, y que leyes que protegen la confidencialidad en Children's podrían no aplicarse a esta información una vez que se haya revelado.

Information will not be released without a valid signature below. This authorization will expire 12 months from the signature date, unless otherwise specified: ___/___/___ I can, however, cancel this authorization in writing at any time, except to the extent that Children's has relied upon it. For example, if I cancel it after Children's has sent the requested records, Children's will not retrieve those records. Instructions for canceling this authorization are included in the Boston Children's Hospital Notice of Privacy Practices.

La información no será revelada sin una firma válida a continuación. Esta autorización caducará 12 meses después de la fecha de mi firma, a menos que se indique algo diferente: ___/___/___ Sin embargo, puedo cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Children's ya haya actuado en base a ella. Por ejemplo, si cancelo la autorización después de que Children's ha enviado los archivos solicitados, Children's no los podrá recuperar. Las instrucciones para cancelar esta autorización se incluyen en el Aviso de prácticas de privacidad de Boston Children's Hospital.

I understand that Children's will continue to provide care, even if I do not authorize this release.
 Comprendo que Children's continuará ofreciendo atención aunque yo no autorice esta comunicación.

CONTINUE ON NEXT PAGE CONTINÚE EN LA PRÓXIMA PÁGINA
Please complete all of this form and sign and date at the bottom of last page
Complete todo el formulario y firme y feche al final de la última página

Patient signature is required for patients who are 18 years or older, or who have emancipated minor status, or a special condition as defined by law. Parent or legal guardian signature is required for patients under age 18 without emancipated status or a special condition.

Signature of Patient	Name of Patient (please print)	Date
-----------------------------	---------------------------------------	-------------

Signature of Parent or Guardian	Relationship to Patient	Date
--	--------------------------------	-------------

Se requiere la firma si el paciente tiene 18 años de edad o más, es un menor emancipado o tiene una condición especial, según lo define la ley. Se requiere la firma del padre, la madre o tutor legal si el paciente es menor de 18 años, no es un menor emancipado o no tiene una condición especial.

Firma del paciente	Nombre del paciente (en letra de molde)	Fecha
---------------------------	--	--------------

Firma del padre/madre o tutor legal	Relación con el paciente	Fecha
--	---------------------------------	--------------

