



## Formulario de consentimiento y divulgación según la HIPAA para mayores de 18 años

Salvo que autorice lo contrario a continuación, a partir de la fecha en que cumpla 18 años, mi padre, madre o tutores ya no podrán acceder a mis expedientes médicos, información, proveedores o estado de mis citas sin mi autorización específica por escrito. Boston Children's Health Physicians, LLP ("BCHP") no permitirá que mis padres programen citas ni divulgará información médica a estos sin mi consentimiento por escrito de acuerdo con este documento.

\_\_\_\_\_ **DESEO** otorgar a mis padres o tutores acceso a mis proveedores de atención médica o información médica de la siguiente manera:

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra imprenta del padre, la madre o del tutor; indique la relación con usted)

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra imprenta del otro progenitor o del tutor; indique la relación con usted)

\_\_\_\_\_ Autorizo a las personas nombradas anteriormente para actuar en mi nombre. Entiendo que pueden comunicarse con cualquier médico o miembro del personal de BCHP para programar citas, hablar sobre mi atención médica, solicitar la reposición de medicamentos y tener acceso a mis expedientes médicos completos.

**Especifique si desea incluir lo siguiente (*utilice sus iniciales*):**

\_\_\_\_\_ Tratamiento del alcoholismo y drogadicción.

\_\_\_\_\_ Información sobre la salud mental.

\_\_\_\_\_ Información sobre el VIH.

\_\_\_\_\_ Autorizo a las personas mencionadas anteriormente para que se comuniquen y hablen con cualquier médico o miembro del personal de BCHP con el único propósito de programar una cita. NO doy mi autorización para que se proporcione acceso a mi expediente médico o a información sobre mi atención médica ni para que se hable al respecto.

**Reconozco y acepto lo siguiente:**

1. No es obligatorio firmar esta autorización y la firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o derecho a prestaciones no estarán sujetos a la autorización por mi parte de esta declaración.
2. Cuando mis datos se utilicen o divulguen en virtud de esta autorización, es posible que el destinatario vuelva a divulgarlos y que ya no estén protegidos por la legislación federal o estatal.
3. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento con una notificación por escrito dirigida a BCHP en la que se indiquen los cambios en cuanto al acceso, excepto en aquellos casos en los que BCHP haya actuado en virtud de ella.
4. Esta autorización es válida por un (1) año a partir de la fecha en la que se firme, a menos que yo la revoque antes de que finalice este período.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente