



Complete la autorización para la comunicación de información del historial médico

El propósito de la Autorización para la comunicación de información del historial médico es permitir que los profesionales del programa ASAP coordinen la atención con quienes le brindan servicios al paciente fuera de Boston Children's Hospital.

La coordinación de la atención nos permite ofrecerles el mejor tratamiento posible a nuestros pacientes y familias. Pero, para poder intercambiar información con un profesional externo, necesitamos el consentimiento por escrito.

El consentimiento se debe rellenar de forma completa, incluyendo la firma y la fecha (ver las instrucciones a continuación).

Rellenar estos formularios antes de su visita contribuirá a que las citas se lleven a cabo en el horario planificado.

Por favor, complete formularios de autorización para:

- Padre, madre o proveedor de cuidados, si el paciente es mayor de 18 años
- Médico de atención primaria
- Terapeuta, consejero, psicólogo
- Psiquiatra
- Funcionario de libertad vigilada (*probation*)
- Trabajador del Departamento de Niños y Familias (*Department of Children and Families, DCF*) o del Departamento de Servicios para Jóvenes (*Department of Youth Services, DYS*)
- Consejero escolar, si corresponde
- Cualquier otra persona que participe en la atención del paciente y pueda ofrecer información relevante y útil, o con quien pueda ser importante y beneficioso que los profesionales del programa ASAP se comuniquen.

(Ver instrucciones al otro lado de la página.)



Instrucciones para rellenar los formularios de autorización:

Tenga presente que: Hay que completar una autorización separada para cada profesional.

PÁGINA 1:

1. Información demográfica:
 - Complete toda la información en el cuadro de datos demográficos.
2. Nombre, establecimiento, a la atención de, teléfono, dirección, fax, ciudad, estado, código postal
 - Esta sección es para el profesional con el que usted permite que el programa ASAP se comunique. Complete toda la información y especifique entre paréntesis el tipo de profesional junto al nombre, por ejemplo, Nombre o establecimiento: *John Smith (Terapeuta)*
3. Propósito de la comunicación:
 - Si se completa para el médico de atención primaria, marque la casilla que dice "Seguro" y la que dice "Otra"; para todos los demás profesionales, marque solamente la casilla que dice "Otra".
 - En la línea, escriba: *Coordinación de la atención*
4. Formato de la comunicación:
 - Por favor, marque las tres casillas: CD, papel, fax
5. Información solicitada:
 - Por favor marque la casilla que dice "Otra"
 - En las líneas, por favor escriba: *Evaluación de abuso de sustancias, planificación y progreso del tratamiento*

PÁGINA 2:

1. Por favor, ponga sus iniciales en las siguientes casillas:
 - Historiales de tratamiento por abuso de alcohol y drogas
 - Detalles del diagnóstico de salud mental y/o tratamiento proporcionado por...
 - Comunicaciones confidenciales a un trabajador social autorizado
2. Por favor firme y ponga la fecha en las líneas correspondientes en la parte inferior del formulario