

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

***** Se deben completar todas las secciones para que tenga validez *****

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____

Divulgación de la información del paciente desde:

- Elliot Health System Proveedor de Elliot Health: _____
 Visiting Nurse Association of Manchester & Southern NH
 Southern New Hampshire Health Proveedor de Foundation Medical Partners: _____
 Home Health & Hospice
 Otro proveedor: _____

Divulgación de la información del paciente a (parte autorizada):

- Elliot Health System Proveedor de Elliot Health: _____
 Visiting Nurse Association of Manchester & Southern NH
 Southern New Hampshire Health Proveedor de Foundation Medical Partners: _____
 Otro proveedor

Nombre de la persona: _____ Nombre de la entidad: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

PROPÓSITO DE LA SOLICITUD:

- Atención médica continuada Legal Cambio permanente a otro proveedor
 Seguro Personal
 Revisión del registro *in situ* Otro: _____

FECHAS DE SERVICIO PARA LA DIVULGACIÓN:

De: _____ **A:** _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN: (Marque todas las que corresponden).

Para la información sensible(*), debe escribir sus iniciales al lado de la información requerida.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Servicio de Urgencias | <input type="checkbox"/> Anamnesis y exploración física | _____ * Diagnóstico/tratamiento del VIH |
| <input type="checkbox"/> Consulta | <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico | _____ * Salud mental |
| <input type="checkbox"/> Radiología | <input type="checkbox"/> Informe de alta | _____ * Pruebas genéticas |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> Comentarios de evolución | _____ * Diagnóstico/tratamiento de enfermedad de transmisión sexual (ETS) |
| <input type="checkbox"/> Extracciones | <input type="checkbox"/> Historia clínica completa | _____ * Otro |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Fotografía clínica | _____ ** Tratamiento y consumo de alcohol/sustancias |



**** NOTA:** Los registros de tratamiento y consumo de alcohol y sustancias están protegidos por la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR). Las normas federales prohíben toda nueva divulgación de esta información a menos que se autorice expresamente mediante consentimiento escrito de la persona a la que concierne o según lo permitido por la Parte 2 del Título 42 del CFR.

LA INFORMACIÓN SERÁ ENVIADA POR: correo electrónico protegido correo a la parte autorizada
 fax a la parte autorizada (**Ver el aviso de la divulgación por fax**)

Aviso de la divulgación por fax: Soy consciente de que, al marcar esta casilla, autorizo el envío de la información solicitada al número de fax que he proporcionado anteriormente. También comprendo los riesgos asociados al envío de información médica protegida e *información sensible por fax, entre ellos, la transmisión equivocada, la falta de salvaguardas de confidencialidad en el lugar de la máquina receptora y la información de transmisión incompleta. Al marcar esta casilla, reconozco que acepto este riesgo.

FORMATO DE PREFERENCIA: Papel My Chart Electrónico - Unidad de memoria

HONORARIOS DE COPIA Y TRAMITACIÓN:

En la actualidad, los pacientes que deseen obtener copias de sus historias clínicas para uso personal no tienen que abonar ningún honorario, pero el resto de terceros que soliciten copias deberán abonar la tarifa estatal vigente.

COMPRENDO QUE:

- La información divulgada en virtud de esta autorización es confidencial y debe ser utilizada para el propósito para el que fue solicitada; sin embargo, una vez que esta información sea divulgada, la parte receptora podrá volver a divulgarla o publicarla y la información puede dejar de estar protegida por las leyes de confidencialidad federales y estatales, a menos que esté protegida por la Parte 2 del Título 42 de la CFR, en cuyo caso la parte receptora no podrá volver a divulgarla sin mi autorización escrita. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, siempre y cuando la información no haya sido divulgada ya en virtud de esta autorización. Se pueden encontrar detalles adicionales en el Aviso de prácticas de privacidad de SolutionHealth.
- Esta autorización es voluntaria y me puedo negar a firmar este formulario. Comprendo que negarme a firmar este formulario no afectará a la posibilidad de que reciba tratamiento de SolutionHealth, al pago de mi tratamiento o a mi inscripción o elegibilidad para los beneficios, a menos que lo permita la ley.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento y, para hacerlo, debo contactar al departamento de historias clínicas, donde envíe mi solicitud en un principio.
- Esta autorización se considerará válida por un período de un año desde la fecha de la firma hasta (fecha)_____.

FIRMA:

He leído este formulario completo o alguien me lo leyó. Comprendo su contenido. Por la presente autorizo la divulgación de mi información de paciente indicada anteriormente y desligo a SolutionHealth de cualquier responsabilidad legal u obligación relacionada con la divulgación de información.

Firma del paciente/padre/madre/representante legal

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Identificación (si no es el paciente)

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Envíe su solicitud por correo o por fax al lugar correspondiente:

Elliot Health System
Attention; Medical Records
One Elliot Way
Manchester, NH 03103
Teléfono: (603) 663-2341
Fax: (603) 663-1856

Southern New Hampshire Health
Attention: Medical Records
8 Prospect Street, P.O. Box 2014
Nashua, NH 03061
Teléfono: (603) 577-7500
Fax: (603) 577-5756