



AUTORIZACION PARA PROPORCIONAR INFORMACION DE SALUD PRIVADA
(Historia Medica)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Tel #: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Yo autorizo a SNHMC utilizar o proporcionar mi información de salud privada (historial medico) que se describe más adelante, lo cual pudiera incluir información a cerca de tratamiento de consumo de droga o alcohol, tratamiento psiquiátrico, VIH/SIDA/ARCO condición o pruebas genéticas para:

Nombre/Entidad: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

(Nota: El historial medico no será enviado si la dirección no es proporcionada.)

Para los siguientes fines: ("al pedido del paciente" es suficiente) _____

Fechas de solicitud del servicio: _____

____ Abstracto (información pertinente relacionada a su cuidado medico, incluyendo todas las notas de doctores, rayo-x e informes de laboratorio)

____ Copia completa de historial medico

____ Resumen de alta

____ Historial medico & Evaluación física

____ Notas del departamento de emergencia

____ Otro (especificar) _____

____ Informe quirúrgico

____ Informe de radiología

____ Notas del fisioterapia

____ Informe de laboratorio

Si mis iniciales se encuentran a continuación, yo solicito que ustedes NO envíen los siguientes documentos:

____, Yo no autorizo proporcionar informes relacionados con el tratamiento para consumo de drogas o alcohol y/o psiquiátrico.

____, Yo no autorizo proporcionar informes relacionados a pruebas genéticas para el propósito ya indicado.

____, Yo no autorizo proporcionar informes relacionados con mis diagnósticos o tratamientos del VIH, SIDA o ARCO (Complejo relacionado con el sida) o que contenga algún otro informe de mi identidad como paciente de VIH, SIDA o ARCO para los fines establecidos anteriormente

Entiendo que puedo revisar o copiar la información de salud privada que se describe en esta autorización.

Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito y entregada al Departamento de Información de Salud de SNHMC (calle 29 Northwest Boulevard, Nahua, NH 03063) en cualquier momento. También entiendo que en ese momento SNHMC deberá dejar de utilizar esta autorización, excepto para que SNHMC pueda completar cualquier acción ya iniciada de acuerdo con esta autorización antes de su revocación.

Entiendo que la información usada o revelada de acuerdo con esta autorización podría ser objeto de revelación por el destinatario y, si es así, no puede ser sujeto a la ley federal o estatal que protege su confidencialidad

Entiendo que SNHMC no condicionara el tratamiento, pago o inscripción en el plan de salud, ni la elegibilidad para beneficios sobre mi permiso proporcionado para el uso solicitado o revelado y que puedo rechazar firmar esta autorización

Entiendo que al autorizar proporcionar mi historia médica también eximo a SNHMC de toda responsabilidad u obligación legal que pueda surgir de la revelación de dichas historias medicas

FECHA _____
(Una autorización sin fecha no será procesada)

Firma del paciente o representante

Autoridad del representante (progenitor de menor de edad, tutor, etc)
Se pueden adjuntar copias de documentación.

EXPIRACION: Esta autorización tiene fecha de vencimiento (fecha o evento): _____. Si ninguna fecha o acontecimiento son especificados, la autorización expirara seis meses de la fecha en que se firmo.

Se proporcionara una copia de esta autorización al paciente o representante si así lo solicita.



INSTRUCCIONES PARA LAS SOLICITUDES DE PACIENTES

PARA SOLICITAR UNA COPIA DE SU HISTORIA MEDICA USTED TENDRA QUE HACER LO SIGUIENTE:

- Llenar la solicitud completa.
- La autorización debe tener fecha. Si la autorización no tiene fecha, no será procesada y se la devolverá al solicitante.
- Presente la solicitud con una identificación con una fotografía.
- Espere 10-14 días para su proceso.
- Indique si desea recoger su historial medico (por favor tenga una identificación con foto) o por correo.
- **Hay un cargo por recibir copias de su historia médica.**
 - La tarifa, que está legislado por la Oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Derechos Civiles de los Estados Unidos, es de \$ 0.14 por página para copias en papel o una tarifa plana de \$ 6.50 por una copia electrónica.
- **Copias solicitadas y enviadas directamente a sus proveedores de salud para tratamiento continuo, seguirán siendo proporcionados en forma gratuita.**

