

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

***** Todas las secciones deben contestarse para que la autorización sea válida *****

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

Divulgar información del paciente de:

- 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: _____

Divulgar 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 organización: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

PROPÓSITO DE LA SOLICITUD:

- Continuación de la atención médica Legal Transferencia permanente a otro proveedor
 Seguro Personal
 Inspeccionar registros en el sitio Otro: _____

FECHAS DE SERVICIOS A DIVULGAR:

Del: _____ al _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE A DIVULGAR:

Marque todas las aplicables.

En el caso de información delicada (*) también debe poner sus iniciales junto a la información solicitada.

- | | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Historia y examen físico | _____ * Diagnóstico y tratamiento de VIH |
| <input type="checkbox"/> Consulta | <input type="checkbox"/> Informe operativo | _____ * Salud mental |
| <input type="checkbox"/> Radiología | <input type="checkbox"/> Resumen del alta | _____ * Pruebas genéticas |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> Notas de progreso | _____ * Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Síntesis | <input type="checkbox"/> Expediente médico completo | _____ Diagnóstico y tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Fotografías clínicas | _____ ** Consumo de alcohol y |
- sustancias/Tratamiento

****NOTA:** Los registros de tratamiento por abuso del alcohol y sustancias están protegidos por las normas federales 42 CFR Parte 2. Las reglas federales prohíben que se vuelva a divulgar esta información, a menos que la divulgación adicional sea permitida explícitamente por el consentimiento escrito de la persona a la que pertenece, o que la permita 42 CFR Parte 2.

LA INFORMACIÓN SERÁ: Recogida por la *parte autorizada* Enviada por correo a la *parte autorizada*
 Enviada por fax a la *parte autorizada* (**ver el aviso de divulgación por fax**)

Aviso de divulgación por fax: Estoy consciente de que al marcar esta casilla autorizo que la información antes solicitada se envíe al número de fax que he proporcionado arriba. También estoy consciente de los riesgos relacionados con el envío por fax de la información médica protegida e *información delicada, incluyendo, entre otros: transmisión errónea, falta de protecciones de confidencialidad en la ubicación de la máquina destinataria, y transmisión incompleta de la información. Al marcar esta casilla, reconozco que acepto este riesgo.

FORMATO PREFERIDO: Impreso Electrónico – CD Electrónico – Memoria USB

TARIFAS POR COPIADO Y PROCESAMIENTO:

Actualmente no se cobran tarifas a los pacientes por obtener copias de sus registros médicos para su uso personal. A todos los demás solicitantes externos se les facturará de acuerdo con la Tabla de Tarifas Estatales vigente.

ENTIENDO LO SIGUIENTE:

- La información divulgada en los términos de esta autorización es confidencial y debe usarse para los fines para los que fue solicitada; sin embargo, una vez que esta información sea divulgada, la información puede estar sujeta a que la parte receptora vuelva a divulgarla o revelarla y podría ya no estar protegida por las leyes federales y estatales de confidencialidad, salvo cuando esté protegida por la Regla Federal 42 CFR Parte 2, en cuyo caso no puede volver a ser divulgada por la parte receptora sin mi autorización por escrito. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, asumiendo que la información no haya sido divulgada de conformidad con esta autorización. Puede consultar detalles adicionales en el aviso de prácticas de privacidad de SolutionHealth.
- Esta autorización es voluntaria, y puedo negarme a firmar este formulario. Entiendo que negarme a firmar este formulario no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, el pago por mi tratamiento, o mi inscripción o elegibilidad para beneficios, salvo que la ley así lo permita.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, y para hacerlo debo comunicarme con el departamento de registros médicos al que envié originalmente mi solicitud.
- Esta autorización se considera válida por un período de un año a partir de la fecha de la firma o hasta el (fecha) _____.

FIRMA:

He leído este formulario completo, o alguien me lo ha leído. Entiendo su contenido. Por este medio autorizo la divulgación de mi información como paciente antes mencionada.

Firma del paciente/padre/madre/agente legal

Fecha

Nombre en letra de molde

Identificación (si no es el paciente)

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Envíe su solicitud por correo o fax a la oficina 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