

# SOLUTIONHEALTH

## 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: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN PARA:

**Divulgar información del paciente de:**

- Elliot Health System
- Proveedor de Elliot Health: \_\_\_\_\_
- Southern New Hampshire Medical Center
- Foundation Medical Partners Practice: \_\_\_\_\_
- Visiting Nurse Association of Manchester & Southern NH

### Divulgar la información del paciente a (parte autorizada):

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_ Nombre de la organización: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

### PROPÓSITO DE LA SOLICITUD:

Atención médica continua       Legal       Traslado 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 clínica	_____ * Diagnóstico y tratamiento para 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		_____ * Otra: _____
		_____ ** Tratamiento por abuso de drogas y alcohol

**\*\*NOTA:** Los registros de tratamiento por abuso del alcohol y las drogas 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:**  Papel  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 de SolutionHealth, 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 de paciente antes descrita y libero a SolutionHealth de toda responsabilidad y obligación legal relacionada con la divulgación de la información.

\_\_\_\_\_  
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  
Telephone: (603) 663-2341  
Fax: (603) 663-1856

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