

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE::

Nombre del Paciente: _____

Dirección (número y calle) _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____ Teléfono _____

Fecha de Nacimiento _____

Autorizo y pido a EHMC que Divulgue información a Obtenga información de

Nombre/Instalación _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

PARA EL PROPÓSITO DE: _____

INFORMACIÓN QUE SERÁ DIVULGADA/OBTENIDA:

(Por favor marque el tipo de visita y especifique la fecha apropiada)

HOSPITALARIO: (Por favor especifique abajo)

Abstracto (incluye resumen de alta, historial y físico, consultas, reportes operativos, información clínica apropiada)

Fecha(s) _____

Fecha(s) de Archivo Completo _____

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA

Fecha(s) de Departamento de Emergencia _____

CIRUGÍA DEL MISMO DÍA

Fecha(s) de Cirugía del Mismo Día _____

AMBULATORIO

Fecha(s) de Tratamiento Ambulatorio _____

Departamentos Específicos Laboratorio Centro para los Senos Terapia Física

Radiología Cardiología Otro (Especifique): _____

FORMATO DE LA INFORMACIÓN DIVULGADA: Copia En Papel Copia Electrónica (disco compacto)

Autorizo específicamente el uso y/o la divulgación de los siguientes tipos de información sumamente confidencial indicada por mis iniciales junto al tipo de información:

_____ SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) o la infección VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)

_____ Cuidado Psiquiátrico _____ Información Genético

_____ Tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas _____ Enfermedad(es) Transmitida(s) Sexualmente

_____ Tuberculosis

Autorizo a la persona/organización y/o sus empleados indicados arriba a revelar la información indicado anteriormente, incluyendo copias o copias por fax de la información como ha sido dirigida en esta autorización. Además estoy de acuerdo en liberar a la institución y sus empleados y agentes de toda responsabilidad que pueda surgir por divulgar la información pedida en esta autorización.

Entiendo que puedo revocar en cualquier momento por escrito esta autorización para divulgar información, excepto hasta el punto que se haya tomado acción al respecto. Entiendo que esta autorización para divulgar información expirará el _____. Si fallo en especificar una fecha de expiración, evento o condición, esta autorización se vencerá en 90 días. *(Inserte fecha o evento)*

Entiendo que autorizando la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negar firmar esta autorización. No necesito firmar esta forma para recibir tratamiento. Entiendo que cualquier divulgación de información lleva con ella la potencial de un re-divulgación y la información puede no ser protegida por leyes federales de confidencialidad. Entiendo que recibiré una copia de esta forma después de firmarla.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha/Hora

Si es firmado por Representante Legal, Escriba la Relación con el Paciente

NOTIFICACIÓN AL RECEPTOR DE INFORMACIÓN

PROHIBICIÓN EN LA RE-DIVULGACIÓN: Esta información le ha sido divulgado de archivos en la cual la confidencialidad puede ser protegida por ley federal y/o estatal. Si los archivos son protegidos, la Regulación Federal (CRF Parte 2) le prohíbe de más divulgación está permitido expresamente por un consentimiento escrito de la persona a quien le concierne, o como por lo contrario permitido por la 42 CFR, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información no es suficiente para este propósito. Las reglas Federales limitan cualquier uso de la información para investigar criminalmente o procesar a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.



ROI

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Al recibir la solicitud apropiada por escrito, todas solicitudes serán procesadas en acuerdo con la N.J.A.C. 8:43G-15.3

TASAS PARA SOLICITUD DEL PACIENTE:: \$0.36 por página más franqueo y manejo

TASAS PARA OTRAS SOLICITUDES: \$10.00 tasa de procesamiento y trabajo
 \$1.00 por página por las primeras 100 páginas
 \$0.25 por página por las páginas restantes pero que exceda \$200.00 por admisión

TASA DE RADIOLOGÍA: \$5.00 por copia de tamaño 10x17

TASAS ANTES MENCIONADAS NO APLICAN A LO SIGUIENTE:

1. Archivos enviados directamente a un Médico/Instalación de Cuidado de Salud

La instalación enviará por correo copias de los archivos solicitados directamente a un Médico/Instalación de Cuidado de Salud sin costo al paciente.

2. Caso de Emergencia Médica (archivos para cuidado médico requeridos dentro de 48 horas o menos)

Consentimiento escrito por el Paciente/Representante del Paciente es requerido.

Un arreglo será hecho para ser recogidos con cita previa o los archivos serán enviados por fax por solicitud directa del médico tratante. El nombre del médico, su dirección, número de teléfono, número de fax (si aplica), y la hora de cita es obligatorio para la transacción de arriba.

SOLO PARA EL USO DEL DEPARTAMENTO (EN INGLÉS)

If the patient is a minor, a parent, next of kin or legal guardian must sign the authorization with the following exceptions and as prohibited by law:

- The minor is pregnant.
- The minor is married.
- The minor is emancipated. (court determined)
- The treatment is a state funded mental health service.
- The treatment is for Drug and/or Alcohol Abuse.
- The treatment is for a Sexually Transmitted Disease.
- The treatment is for AIDS or HIV.

IDENTIFICATION VERIFIED VIA:

- Drivers License
- Other _____

IF COPIES ARE HAND CARRIED, OBTAIN SIGNATURE BELOW:

Signature: _____ Date/Time: _____