



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Solo para solicitudes de imágenes, envíe este formulario por correo electrónico a: imaginequest@ehmhealth.org

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

- Autorizo y pido a EHMC que:
- divulgue información a mí
 - divulgue información a la persona/instalación enumerada a continuación
 - obtenga información de la persona/instalación enumerada a continuación

Instalación: _____ Atención: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Fax: _____

INFORMACIÓN QUE SERÁ DIVULGADA/OBTENIDA:

- RESUMEN DE PACIENTE INTERNADO (incluye resumen de alta, historial y examen físico, consultas, reportes operativos, información clínica según sea apropiada) PARA LA(S) FECHA(S): _____
- REGISTRO COMPLETO DE PACIENTE INTERNADO PARA LA(S) FECHA(S): _____
- REGISTRO DE PACIENTE AMBULATORIO PARA LA(S) FECHA(S): _____

Por favor marque los departamentos ambulatorios específicos:

- Depto de emergencia
- Cirugía en el mismo día
- Laboratorio
- Imágenes/Radiología
- Cáncer de mama
- Cardiología
- Terapia física
- Otro: _____

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:

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

Ponga sus iniciales, si se lo piden:

- _____ SIDA/VIH
- _____ Salud conductual (psiquiatría)
- _____ Información genética
- _____ Tuberculosis
- _____ Abuso de alcohol y/o drogas
- _____ Enfermedad(es) transmitida(s) sexualmente
- _____ Servicios de salud reproductiva

FORMATO DE LA INFORMACIÓN:

- Papel MyChart CD enviado a la dirección indicada arriba CD retirado en Englewood / Emerson / Fair Lawn (encierre el lugar en un círculo)
- Correo electrónico (solo para resultados de radiología/imágenes/cáncer de mama)

Autorizo a la persona/organización y/o sus empleados indicados arriba a revelar la información indicada 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 vencerá 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 autorizar 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 no autorizada y la información puede no ser protegida por leyes federales de confidencialidad. Entiendo que recibiré una copia de este formulario después de firmarla.

X _____ X _____
Firma del Paciente o Representante Legal Fecha/Hora

X _____
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.





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

SIN CARGO POR SOLICITUD DE REGISTROS MÉDICOS O ESTUDIOS DE IMÁGENES DEL PACIENTE A TRAVÉS DE IMAGE SHARE

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 no exceda \$200.00 por admisión
\$30 por CD para solicitudes de radiología, más \$10 tasa de procesamiento y trabajo

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.

Se coordinará el retiro de los archivos o pueden ser 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: _____