



Somers Point, NJ 08244

ID DEL PACIENTE/ETIQUETA AQUÍ:

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (SE UTILIZA PARA ENVIAR REGISTROS DE SMC AL PACIENTE O SU DESIGNADO)

Información del paciente:

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento:

Dirección:

Número telefónico diurno:

Información que se divulgará al (receptor): [] Marque si es el paciente

Nombre del receptor/centro/nombre de la organización:

Dirección:

Número de teléfono: Número de fax: A la atención de:

Propósito: [] médico u otro proveedor de atención médica [] uso personal [] legal [] seguro

[] Otro, especifique:

Tipo de entrega de solicitud: [] papel [] medio electrónico (CD/disco)

[] Servicio postal de los Estados Unidos [] recojo

[] Número de fax: [] Correo electrónico cifrado *:

En caso de que SMC no pueda cumplir con el método de entrega elegido anteriormente, nos comunicaremos con usted acerca de los métodos alternativos disponibles.

*NOTA: La entrega de correo electrónico cifrado implica cierto nivel de riesgo. No somos responsables del acceso no autorizado a la información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) que se encuentra en este formato, ni de ningún riesgo (p. ej., virus) que se podría presentar al recibir la PHI en formato electrónico o por correo electrónico.

Fechas de tratamiento/servicio:

Autorizo específicamente el uso o la divulgación de la siguiente información médica:

[] Abstracta (más común): resumen del expediente clínico, resumen del alta, antecedentes y exámenes físicos, consulta(s), resultados de pruebas
Notas de procedimientos, sala de urgencias

[] Visita a la sala de urgencias

[] Ingreso en el hospital/visita a paciente hospitalizado

- [] Toda la ficha clínica [] Antecedentes y exámenes físicos [] Resumen del alta [] Instrucciones del alta
[] Informes de operaciones/procedimientos [] Registro de medicación [] Consulta(s) [] Laboratorio
[] Informes de Cardiología/Radiología [] Resumen del expediente clínico

[] Visita ambulatoria - Departamento: [] Laboratorio [] Radiología [] Cardiovascular [] Rehabilitación (terapia física, pulmonar [] Endoscopía [] otro, especifique

SE DIVULGARÁ INFORMACIÓN DE LA SIGUIENTE NATURALEZA A MENOS QUE INDIQUE ESPECÍFICAMENTE LO QUE NO SE DEBE DIVULGAR COLOCANDO SUS INICIALES. Entiendo que mi historia clínica puede contener información relacionada con algunos de los siguientes:
Registros de tratamiento de SIDA/VIH Pruebas de enfermedades de transmisión sexual
Registros de salud conductual Resultados de la prueba de tuberculosis
Tratamiento por abuso de alcohol o drogas Registros de tratamientos/pruebas genéticas



Somers Point, NJ 08244

ID DEL PACIENTE/ETIQUETA AQUÍ:

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
(SE UTILIZA PARA ENVIAR REGISTROS DE SMC AL PACIENTE O SU DESIGNADO)

Autorización del paciente: Entiendo lo siguiente:

- A menos que yo la revoque, esta autorización permanecerá en vigor durante 90 días a partir de la fecha mencionada anteriormente: Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a SMC por escrito al Departamento de Servicios de administración de información médica **(HIMS, por sus siglas en inglés) de Shore Medical Center, 100 Medical Center Way, Somers Point, NJ, 08244 A la atención de: HIMS/ROI**
- Además, entiendo que dicha revocación no tendrá ningún efecto sobre la información que SMC ya haya utilizado o divulgado antes de que SMC reciba mi notificación de revocación por escrito. Asimismo, dicha negativa o revocación no afectará el comienzo, la continuación o la calidad de mi tratamiento en SMC.
- Una vez que SMC divulga mi PHI al receptor, SMC no puede garantizar que este no compartirá mi PHI con un tercero. Es posible que el tercero no esté obligado a cumplir con la autorización o las leyes federales y estatales vigentes que rigen el uso y la divulgación de mi información médica.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y divulgación de mi información médica. Por la presente y mediante mi firma, autorizo, a sabiendas y voluntariamente, a SMC a utilizar o divulgar mi PHI de la manera descrita anteriormente.

Firma del paciente

Fecha en que firmó

Firma del representante personal

Fecha en que firmó

Nombre en letra de imprenta del miembro del personal de SMC que asiste

Fecha

PARA USO DE SMC CUANDO SE DIVULGA INFORMACIÓN:

¿SE SOLICITARON EXCEPCIONES? SÍ NO

Fecha de divulgación: ____ / ____ / ____ Firma del miembro del personal de SMC: _____

Total de páginas: _____ Cargo total: _____

¿EL PACIENTE RECIBIÓ UNA FOTOCOPIA DE ESTE FORMULARIO LLENADO? SÍ NO, EL PACIENTE SE NEGÓ

Dirección postal: Shore Medical Center, 100 Medical Center Way, Somers Point, NJ 08244, a la atención de: HIMS/ROI