

MRN: _____
FIN(s): _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Información del paciente:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____

Información que se divulgará a (receptor):

Marque si el receptor es el paciente

Nombre del receptor/centro/nombre de la organización: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____ A la atención de: _____

Propósito (marque una opción):

Continuidad de la atención (Médico/Centro) Personal

Legal Seguro Otro, especifique: _____

Tipo de entrega (marque una opción):

Correo de EE. UU. (impreso) Recogida (se requiere identificación)

CD/disco Fax (inseguro): _____ Correo electrónico cifrado *: _____

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

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

Fechas de tratamiento/servicio: _____ / _____ / _____ al _____ / _____ / _____

Autorizo específicamente a que se divulgue la siguiente PHI de mi historia clínica:

Sinopsis (más común): resumen del alta, antecedentes y exámenes físicos, consultas, resultados de pruebas, notas de procedimientos, Departamento de Emergencias (ED)

Visitas al Departamento de Emergencias (ED)

Ingresos/visitas al hospital

Antecedentes y exámenes físicos Resumen del alta Instrucciones del alta

Informes de operaciones/procedimientos Registro de medicación Consultas Laboratorio

Informes de Cardiología/Radiología Resumen del expediente clínico

Otro, especifique: _____

Visitas ambulatorias

Laboratorio Radiología Medicina vascular Rehabilitación (p. ej., física, cardiopulmonar)

Endoscopia Otro, especifique: _____

MRN: _____
 FIN(s): _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Entiendo que mi historia clínica puede contener información sobre lo que se menciona a continuación. **Escriba sus iniciales en la línea que está al lado de la información específica que NO quiere que se divulgue:**

- | | |
|---|---|
| _____ Registros de tratamiento de SIDA/VIH | _____ Registros de tratamientos/ pruebas genéticas |
| _____ Registros de salud conductual | _____ *Servicios de salud reproductiva |
| _____ Tratamiento para el consumo de alcohol o drogas | <small>*Abarca todos los servicios médicos, quirúrgicos, de asesoramiento o de derivación relacionados con el sistema de reproducción del ser humano, como, por ejemplo, servicios relacionados con el embarazo, los métodos anticonceptivos o la interrupción del embarazo (NJSA 2A:84A-22.18)</small> |
| _____ Pruebas de enfermedades de transmisión sexual | |
| _____ Resultados de la prueba de tuberculosis | |

Autorización del paciente: Entiendo lo siguiente:

- A menos que 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 a **HIMS Department, Shore Medical Center, 100 Medical Center Way, Somers Point, NJ, 08244 Attention: ROI**. Además, entiendo que dicha revocación no tendrá ningún efecto sobre la información que SMC ya haya utilizado o divulgado antes de recibir mi notificación de revocación por escrito. Asimismo, rechazar o revocar la autorización no afectará mi derecho a recibir tratamiento, pagos por parte del seguro o beneficios de elegibilidad.
- Una vez que SMC divulga mi información médica protegida 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.
- Por la presente y mediante mi firma, autorizo, de forma consciente y voluntaria, a SMC a utilizar o divulgar mi información médica de la manera descrita anteriormente.

Firma del paciente

Fecha en la que firmó

Firma del representante personal

Fecha en la que firmó

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

Fecha

Tenga en cuenta lo siguiente: Según la ley de Nueva Jersey, Shore Medical Center puede cobrarle por proporcionar copias, según corresponda.

Envíe este formulario completo por correo a: Shore Medical Center, 100 Medical Center Way, Somers Point, NJ 08244 Attn: HIMS/ROI

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 COMPLETO?
 [] SÍ [] NO, EL PACIENTE LA RECHAZÓ