

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre de pila Segundo Nombre

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa / Celular: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Email (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

**DESTINATARIO:** Nombre de la organización / individuo a quien el Hospital puede divulgar mi información de salud, incluida la dirección del destinatario, número de teléfono y / o fax, según corresponda.  
(Nota: Si la información es recogida por otra persona (la persona deberá presentar una identificación para su verificación.)

Nombre del destinatario: \_\_\_\_\_

Dirección del destinatario: \_\_\_\_\_

Fax del destinatario: \_\_\_\_\_ Teléfono del destinatario: \_\_\_\_\_

Fecha(s) de tratamiento a ser revelada(s): \_\_\_\_\_

**Tipo de información a ser revelada:** (Marque las casillas correspondientes e incluya otra información donde se indique)

- Resumen médico  Demografía  Historial y examen físico  Resumen del alta  Registro completo  Registro de sala de emergencia  
 Consulta(s)  Reporte(s) de operaciones  Reporte(s) de laboratorio  Reporte(s) de radiología  Reporte(s) de patología  
 Admission Assessment  Otros: \_\_\_\_\_  
 De corresponder: fotos, imágenes, videos. Deberá especificar procedimiento y fecha: \_\_\_\_\_

**Propósito de la divulgación:**

- Atención médico  Seguro  Personal  Asuntos legales  Discapacidad  Otros: \_\_\_\_\_

**Opciones de entrega:**  Papel  Para ser recogido  Para ser enviado por correo a la dirección anterior  
 Electrónica (formato a ser acordado mutuamente) \_\_\_\_\_

Entiendo que la información que se divulgará incluye mi identidad, diagnóstico y tratamiento, incluidos **ALCOHOL, DROGAS, PRUEBAS GENÉTICAS, SERVICIOS DE SALUD MENTAL O CONDUCTUAL, DERECHOS REPRODUCTIVOS, SIDA y VIH, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, TUBERCULOSIS** y otra información sobre **ENFERMEDADES INFECCIOSAS** según corresponda.

**Esta autorización vencerá automáticamente en 120 días a partir de la fecha de mi firma, a menos que yo especifique de lo contrario que esta autorización terminará en la siguiente fecha, o simultáneamente con el siguiente evento o condición:** \_\_\_\_\_

Es mi intención que el uso de la información proporcionada esté prohibido para cualquier otro propósito que no sea como indicado anteriormente y que el destinatario tenga prohibido divulgar esta información a terceros para quien la divulgación no sea necesaria ni requerida para el propósito indicado. Entiendo que esta divulgación de mi información médica, de acuerdo con los términos y condiciones de esta Autorización, también conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada, momento a partir del cual mi información médica ya no estará protegida por las autoridades federales ni leyes estatales de confidencialidad que rigen el uso y divulgación de mi información médica.

De acuerdo con la ley aplicable, la divulgación de ciertos tipos de información confidencial de menores de entre 13 y 17 años no se divulgará sin la autorización del menor.

Entiendo que puedo, en cualquier momento, hacer una solicitud por escrito al Departamento de Información de Salud para inspeccionar y / u obtener una copia de mi información de salud según lo dispuesto en CFR 164.524.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntario y que puedo negarme a firmar o revocar (en cualquier momento) esta Autorización por cualquier motivo, y que dicho rechazo o revocación no afectará el comienzo, la continuación ni la calidad de mi tratamiento, la inscripción en el plan de salud ni la elegibilidad para los beneficios.

Entiendo que esta Autorización permanecerá en vigor hasta que expire como se establece anteriormente, o proporcione una notificación por escrito de revocación a la atención del Departamento de administración de información sobre la salud (HIM, por sus siglas en inglés) en la dirección indicada anteriormente. La revocación entrará en vigencia una vez que HIM reciba mi notificación por escrito, excepto que la revocación no tendrá ningún efecto sobre ninguna acción tomada por el Hospital en base a esta Autorización antes de haber recibido mi notificación de revocación por escrito.

Si tengo preguntas sobre la divulgación de la información sobre mi salud, puedo contactar al Departamento de manejo de información sobre la salud, al 732-828-3000 ext. 5805.

01-1890 (11/20)

**Barnabas Health Behavioral Health Center** | **RWJ Barnabas HEALTH**  
1691 U.S. HWY 9 TOMS RIVER, NJ 08754



**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD**

He leído y comprendo los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y divulgación de mi información médica. Por la presente, consciente y voluntariamente, autorizo al Hospital a usar o divulgar mi información médica de la manera descrita anteriormente.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del testigo o empleado**

Si el paciente carece de capacidad legal o si por alguna otra razón no puede firmar esta Autorización, firme y complete la información a continuación:

\_\_\_\_\_  
**Firma del tutor legal autorizado, agente de cuidado médico u otro representante personal autorizado**

*(Adjuntar documentos que atesten la relación como tutor legal, agente de cuidado médico u otra representación personal autorizada)*

\_\_\_\_\_  
**Relación con el paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Testigo**

---

**For Office Use Only:**

ID checked: YES or NO      ID type: \_\_\_\_\_

Date Released: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Printed Name: \_\_\_\_\_

**Tarifas por pedido de registros médicos:**

Los registros médicos se proporcionan sin costo cuando se solicita que se envíen a otro proveedor de atención médica para la atención del paciente. Para todas las demás solicitudes, hay un cargo para el paciente / solicitante.

[provide a copy of signed Authorization to patient]

01-1890 (11/20)

**Barnabas Health** | **RWJ Barnabas**  
**Behavioral Health** | **HEALTH**  
**Center** 1691 U.S. HWY 9 TOMS RIVER, NJ 08754

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN  
PROTEGIDA SOBRE LA SALUD**