

1 Clara Maass Drive
Belleville, NJ 07109

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente:

Apellido

Nombre

Segundo nombre

Dirección particular:

N.º de teléfono particular/celular: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de correo electrónico (en letra de imprenta): _____

DESTINATARIO: Nombre de la organización/persona a quien el Hospital puede divulgar mi información médica, incluidos la dirección, el teléfono y/o el número de fax del destinatario, según corresponda.

(Nota: en caso de que la recoja otra persona, dicha persona deberá presentar un documento de identidad para su verificación).

Nombre del destinatario: _____

Dirección del destinatario: _____

Número de fax del destinatario: _____ Número de teléfono del destinatario: _____

Fecha(s) del tratamiento objeto de la divulgación:

Tipo de información objeto de la divulgación: (Marque las casillas que corresponda e incluya información adicional donde se indique)

Resumen médico Datos demográficos Historial y datos físico Resumen del alta Registro completo Registro de sala de emergencias

Consulta(s) Informe(s) operativo(s) Informe(s) de laboratorio Informe(s) de radiología Informe de patología Otro:

Si procede: fotos, imágenes, videos. Debe especificarse el procedimiento y la fecha: _____

Finalidad de la divulgación:

Asistencia médica Seguro Asuntos personales Asuntos legales _____ Discapacidad Otros: _____

Opciones de entrega: Papel Para recogida Envío por correo de EE. UU. a la dirección anterior

Electrónico (el formato se determinará de mutuo acuerdo) _____

Entiendo que la información que se divulgará incluye mi identidad, diagnóstico y tratamiento, incluida la información sobre el **CONSUMO DE ALCOHOL, CONSUMO DE DROGAS, ANÁLISIS GENÉTICOS, SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL O MENTAL, DERECHOS REPRODUCTIVOS, SIDA y VIH, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, TUBERCULOSIS y otras ENFERMEDADES INFECCIONAS**, según corresponda.

Esta autorización vencerá de manera automática 120 días después de la fecha de mi firma, a menos que yo especifique que finalizará en la siguiente fecha, o de manera simultánea con el siguiente evento o condición: _____

Mi intención es que se prohíba el uso de la información proporcionada para cualquier fin que no sea el indicado con anterioridad y que el destinatario tenga prohibido divulgar esta información a cualquier otra parte a quien la divulgación no sea necesaria o requerida para el propósito que se ha 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 redivulgación no autorizada de mi información médica, y a partir de ese momento mi información podría dejar de estar protegida por las leyes de confidencialidad federales y estatales que rigen el uso y la divulgación de mi información médica.

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

1 Clara Maass Drive
Belleville, NJ 07109

Entiendo que puedo presentar en cualquier momento una solicitud por escrito al Departamento de Información Médica para inspeccionar y/u obtener una copia de mi información médica según lo establecido en el Código de Reglamentos Federales (CFR) 164.524.

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

Entiendo que esta Autorización permanecerá en vigor hasta que venza según lo establecido anteriormente, o hasta que proporcione una notificación de revocación por escrito a la atención del Departamento de Gestión de Información Médica (Health Information Management Department, HIM) dirigiéndome a la dirección que se indica arriba. La revocación entrará en vigor en el momento en que el HIM reciba mi notificación por escrito, con la salvedad de que la revocación no tendrá ningún efecto sobre ninguna medida tomada por el Hospital basándose en esta Autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

En caso de tener preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el Departamento de Gestión de Información Médica en el número 973-450-2063.

He leído y comprendo los términos de esta Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y la divulgación de mi información médica. Por el presente, siendo consciente de ello y de manera voluntaria, 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 no tiene capacidad legal o no puede firmar esta Autorización, firme y complete la información que figura a continuación:

Firma del tutor legal, agente de atención médica u otro representante personal autorizado

(Adjunte documentos que respalden la relación como tutor legal, agente de atención médica u otro representante personal autorizado)

Relación

Fecha

Testigo

Para uso exclusivo de la oficina:

ID comprobado: SÍ o NO Tipo de ID: _____

Fecha de publicación: _____ Hora: _____ am/pm

Firma: _____ en letra de imprenta: _____

Cargos por solicitud de registros médicos:

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

(Proporcione una copia de la autorización firmada al paciente)