

Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con el Departamento de Administración de Información de Salud al 908-301-5421.

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

Firma del paciente

Fecha

Firma del testigo del empleado

Si el paciente no tiene capacidad legal o no puede firmar esta Autorización, firme y complete la información a continuación:

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

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

Relación

Fecha

Testigo

Solo para uso del consultorio:

Identificación verificada: SÍ o NO Tipo de identificación: _____

Fecha de divulgación: _____ Hora: _____

Firma: _____ Nombre en letra de imprenta: _____

Tarifas de la solicitud de registros médicos:

Los registros médicos se proporcionan sin ningún costo cuando se solicita que los registros 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.