

SOLICITUD DE COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA Y

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A TERCEROS

ENTREGUE o ENVÍE POR CORREO *Opción recomendada El formulario completado al consultorio de su proveedor donde recibió atención.	O ENVÍE POR CORREO El formulario completado a: RWJBH Medical Group Attn: Medical Records 379 Campus Drive Somerset, NJ 08873	O ENVÍE POR FAX La solicitud completada al: 973-324-5203
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

Si se aplica un cargo por copia, se aplicará de acuerdo con las normativas de New Jersey.

Apellido del PACIENTE _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Apellido de soltera u otro nombre _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

Teléfono particular _____ Teléfono celular _____

Nombre y ubicación del médico/consultorio: _____

Por las siguientes fechas de servicio: Desde: _____ Hasta: _____

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ:

- Historia clínica completa Análisis de laboratorio, radiografías y pruebas Registro de vacunas
- Resumen (análisis de laboratorio de los últimos 3 a 6 meses, informes de patología/radiología del último año, gráficos de crecimiento, electrocardiogramas y otras pruebas especiales)
- Otros.

Esta autorización se limita al tratamiento recibido en el siguiente lugar: RWJBarnabas Health Medical Group.

Por la presente, autorizo a RWJBarnabas Health Medical Group a divulgar mi información médica a:

Nombre/empresa: _____

Envío electrónico seguro a la dirección de correo electrónico: _____

Copias impresas enviadas a la dirección postal: _____

La información que se divulgará para el uso a quien se menciona arriba tiene los siguientes propósitos:

- USO PERSONAL DEL PACIENTE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ABOGADO/REPRESENTANTE LEGAL OTRO:

SOLICITUD DE COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA Y

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A TERCEROS

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

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 para quien la divulgación no sea necesaria o requerida para el propósito que se indicó con anterioridad.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar dicha revocación por escrito en la dirección de RWJBarnabas Health Medical Group que se menciona arriba. Entiendo que esta revocación no se aplicará en la medida en que el consultorio ya haya tomado medidas con base en esta autorización. 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:

Entiendo que la autorización para la divulgación de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No es necesario que firme este formulario para garantizar el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir beneficios. Entiendo que puedo revisar u obtener una copia de la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto en el Código de Regulaciones Federales, sección 164.524 (CFR 164.524). Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y que la información podría no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. En caso de tener preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con RWJBarnabas Health Medical Group al **732-369-5994**.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Si es el representante legal, firme a continuación, mencione la relación, la autoridad para hacerlo y **adjunte el documento de autoridad**.

FIRMA - REPRESENTANTE LEGAL _____ **Fecha:** _____

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA - REPRESENTANTE LEGAL _____

Relación: _____