Jersey City Medical Center | RWJBarnabas HEALTH

355 Grand Street, Jersey City, NJ 07302

# AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

DO NOT WRITE IN THIS AREA

PATIENT LABEL

PATIENT NAME: _____ Last First

DOB: _____

ACCOUNT #: _____

MRN #: _____

**Nombre del paciente:** _____
Apellido Nombre Segundo nombre

**Domicilio particular:** _____

_____

_____

**Nro. de teléfono particular/celular:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

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

**DESTINATARIO:** nombre de la organización o persona a quien el Hospital puede divulgar mi información de salud, incluida la dirección, el número telefónico y/o de fax del destinatario, según corresponda. *(Nota: para el retiro por parte de otro individuo, dicho individuo deberá presentar identificación para su verificación).*

**Nombre del destinatario:** _____

**Dirección del destinatario:** _____

_____

**Nro. de fax del destinatario:** _____ **Nro. telefónico del destinatario:** _____

**Fecha(s) del tratamiento a divulgar:**

_____

_____

**Tipo de información a divulgar:** (Marcar las casillas que correspondan e incluir otra información donde se indique)

❑ Extracto médico ❑ Demografico ❑ Historia clínica y examen físico ❑ Resumen de alta ❑ Expediente completo
❑ Registro de Sala de Emergencias ❑ Consulta(s) ❑ Informe(s) Operativo(s) ❑ Informe(s) de laboratorio
❑ Informe(s) de radiología ❑ Informe patológico ❑ Otros: _____
❑ Si corresponde: fotografías, imágenes, videos. Debe especificar procedimiento y fecha: _____

**Motivo de la divulgación:**

❑ Atención médica ❑ Seguro ❑ Personal ❑ Asuntos legales ❑ Discapacidad
❑ Otros: _____

**Opciones de envío:** ❑ **En papel** ❑ Para retiro ❑ Envío por correo de EE.UU. a la dirección anterior
❑ **Electrónico** *(formato a ser acordado mutuamente)*: _____

Entiendo que la información a divulgar abarca mi identidad, diagnóstico y tratamiento, incluidos **ALCOHOL, DROGAS, EXÁMENES GENÉTICOS, SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL O MENTAL, DERECHOS REPRODUCTIVOS, SIDA** y **VIH, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, TUBERCULOSIS** e información sobre otras **ENFERMEDADES INFECCIOSAS**, según corresponda.

***Esta autorización expirará automáticamente a los 120 días contados a partir de la fecha de mi firma, a menos que yo de lo contrario especifique que esta autorización caducará en la fecha escrita a continuación o en caso de producirse el siguiente hecho o condición:*** _____.

Deseo que el uso de la información proporcionada esté prohibido para cualquier otro propósito que no sea el mencionado anteriormente y que el destinatario tenga prohibido divulgar esta información a cualquier otra parte a quien no sea necesaria o requerida su divulgación para el propósito establecido. Entiendo que la presente divulgación de mi información de salud, de acuerdo con los términos y condiciones de esta Autorización, también conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada de mi información de salud, en cuyo momento mi información podría ya no estar protegida por las leyes estatales y federales de confidencialidad que rigen el uso y la divulgación de mi información de salud.

De conformidad con la ley aplicable, la divulgación de ciertos tipos de información sensible de menores entre los 13 y 17 años de edad no se permitirá sin la autorización del menor.

Entiendo que en cualquier momento puedo presentar una solicitud por escrito al Departamento de Gestión de la Información de Salud para inspeccionar y/u obtener una copia de mi información de salud según lo dispuesto en el artículo 164.524 del CFR.

DO NOT WRITE IN THIS AREA



MRR

DO NOT WRITE IN THIS AREA

# AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (continuación)

DO NOT WRITE IN THIS AREA

PATIENT LABEL

PATIENT NAME: _____
Last First

DOB: _____

ACCOUNT #: _____

MRN #: _____

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario y que puedo negarme a firmar o puedo revocar (en cualquier momento) esta Autorización por cualquier razón y que tal negativa o revocación no afectará el comienzo, la continuidad o la calidad de mi tratamiento, mi inscripción en el plan de salud ni mi elegibilidad para recibir beneficios.

Comprendo que esta Autorización continuará en vigencia hasta que caduque según lo establecido anteriormente, o hasta que yo proporcione un aviso de revocación por escrito a la atención del Departamento de Gestión de la Información de Salud (HIM) en la dirección antes mencionada. La revocación entrará en vigencia cuando el HIM reciba mi notificación por escrito, excepto que la revocación no surtirá efecto alguno en las acciones tomadas por el Hospital en función de esta Autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con el Departamento de Gestión de la Información de Salud al 201-915-2151.

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, de modo consciente y voluntario, autorizo al Hospital a usar o divulgar mi información de salud de la manera descrita anteriormente.

_____ _____ _____
**Firma del paciente** **Fecha** **Firma del testigo o empleado**

Si el paciente no tiene capacidad legal o de otra forma está incapacitado para firmar esta Autorización, firme y complete la siguiente información:

_____
**Firma del Tutor legal autorizado, Agente de atención médica u otro representante personal autorizado**
*(Adjuntar documentos que avalen la relación como Tutor legal autorizado, Agente de atención médica u otro representante personal autorizado)*

_____ _____ _____
**Relación** **Fecha** **Testigo**

**Para uso exclusivo de la oficina:**
ID verificada: SÍ o NO Tipo de ID: _____
Fecha de divulgación: _____ Hora: _____
Firma: _____ Nombre en imprenta: _____

**Tarifas por la solicitud de registros médicos:**

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

Para presentar este formulario al HIM: (También debe incluir una copia de una forma de identificación al enviarlo).

1. **Envíe un fax al 201-915-2559 o 201-915-2556.**
2. **Llame al 201-915-2151 para obtener una dirección de correo electrónico donde enviarlo por este medio.**
3. **Envíe una solicitud en papel por correo.**

[proporcionar una copia de la Autorización firmada al paciente]



DO NOT WRITE IN THIS AREA

DO NOT WRITE IN THIS AREA