

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O
DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD
PROTEGIDA**

**ETIQUETA DEL
PACIENTE**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	N.º de historia clínica:	Número de contacto
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)		Dirección de correo electrónico	

Especifique a continuación la(s) ubicación(es) de RWJBH que usted desea que divulguen información médica; nombre(s) del (de los) proveedor(es) (si se conoce[n]):

<input type="checkbox"/> ACC Imaging, Livingston	<input type="checkbox"/> Ambulatory Medical Pavilion, New Brunswick	<input type="checkbox"/> Cancer Institute of NJ	<input type="checkbox"/> Children's Specialized Hospital	<input type="checkbox"/> Clara Maass Medical Center
<input type="checkbox"/> Community Medical Center	<input type="checkbox"/> Cooperman Barnabas Med Ctr (antiguamente Saint Barnabas)	<input type="checkbox"/> Jersey City Medical Center	<input type="checkbox"/> Monmouth Medical Center	<input type="checkbox"/> Monmouth Medical Center Southern Campus
<input type="checkbox"/> Morris Cancer Center	<input type="checkbox"/> Newark Beth Israel Medical Center	<input type="checkbox"/> Plum Street Radiology	<input type="checkbox"/> RWJBH Behavioral Health Ctr	<input type="checkbox"/> RWJUH Hamilton
<input type="checkbox"/> RWJUH Rahway	<input type="checkbox"/> RWJUH Somerset	<input type="checkbox"/> RWJBH Medical Grp/Barnabas Health Med Group/RWJ Phys Ent	<input type="checkbox"/> Facultad de Medicina de Rutgers-RWJ	<input type="checkbox"/> RWJUH New Brunswick
				<input type="checkbox"/> Trinitas Regional Medical Center

Solicito a RWJBarnabas Health (RWJBH), incluidas sus filiales, que divulguen mi información de salud a:

Nombre de la organización/destinatario	Atención
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	
N.º de teléfono o n.º fax si corresponde	Dirección de correo electrónico, si corresponde

Forma de entrega:

<input type="checkbox"/> En papel para ser recogido (solo hospitales)	<input type="checkbox"/> En papel para ser enviado por correo postal de EE. UU. a la dirección indicada arriba (<input type="checkbox"/> El paquete puede dejarse sin firma <input type="checkbox"/> Se requiere firma para la entrega)	
<input type="checkbox"/> Correo electrónico encriptado a la dirección de correo electrónico indicada arriba	<input type="checkbox"/> Otro formato electrónico que se acuerde mutuamente	<input type="checkbox"/> MyChart

Información a ser divulgada:

Rango de fechas solicitado: del: _____ hasta el: _____			
<input type="checkbox"/> Datos demográficos/comprobante de estadía	<input type="checkbox"/> Nota sobre evaluación terapéutica/tratamiento	<input type="checkbox"/> Informes sobre operaciones	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio
<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Registros del Departamento de Emergencias	<input type="checkbox"/> Historia clínica completa	<input type="checkbox"/> Informes de diagnóstico por imágenes
<input type="checkbox"/> Registros de facturación	<input type="checkbox"/> Consulta(s)	<input type="checkbox"/> Informes de patología	<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento inicial de salud conductual
<input type="checkbox"/> Historial y exámenes físicos	<input type="checkbox"/> Resumen médico	<input type="checkbox"/> Notas del proveedor	<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
<input type="checkbox"/> Si corresponde: fotografías, imágenes, videos; debe especificar el (los) procedimiento(s) y la(s) fecha(s):			

Comprendo que la información que se divulgará incluirá mi identidad y puede incluir mis pruebas, diagnósticos y tratamiento por **TRASTORNOS POR ABUSO DE ALCOHOL, DROGAS U OTROS TRASTORNOS; ENFERMEDADES GENÉTICAS O INDICADORES GENÓMICOS; SERVICIOS DE SALUD MENTAL O CONDUCTUAL; ATENCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA; SIDA y VIH; ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL y otras ENFERMEDADES INFECCIOSAS**, según corresponda.

Propósito de la divulgación: Continuidad de la atención/tratamiento Personal Seguro Legal Otro (especifique):

Esta autorización expirará automáticamente dentro de 180 días a partir de la fecha de mi firma a continuación, a menos que, de otro modo, yo especifique que la misma llegará a su fin en la siguiente fecha o al darse el siguiente evento o condición: _____

Comprendo que esta autorización permanecerá en vigor hasta que expire, según lo establecido arriba, o que yo proporcione una notificación por escrito de la revocación (cancelación) de este formulario enviada a la atención del Departamento de Administración de Información de Salud (HIM, por sus siglas en inglés) a una de las direcciones que se indican a continuación. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que HIM reciba mi notificación por escrito; sin embargo, comprendo que RWJBH no puede retirar ninguna información que se haya compartido antes de mi cancelación de este formulario.

Comprendo que una vez que mi información médica se comparta según se describe en este formulario, podría divulgarse nuevamente y ya no estaría protegida por las leyes federales y estatales de confidencialidad.

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

Comprendo que puedo negarme a firmar este formulario y que mi negativa no afectará el inicio, la continuación o la calidad de mi tratamiento médico, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para recibir beneficios.

Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud o deseo obtener una copia de lo que se está divulgando en virtud de este formulario, puedo comunicarme con el Departamento de Administración de Información de Salud correspondiente en las direcciones que se indican en la página siguiente o por:

Correo electrónico: RWJBHRegulatoryROI@rwjbh.org / Número de fax: 732-728-2040

Leí y comprendo los términos de esta autorización y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y la divulgación de mi información de salud. Por la presente, a sabiendas y de forma voluntaria, autorizo a RWJBarnabas Health a usar y divulgar mi información de salud de la manera descrita arriba.

Firma del paciente/representante autorizado**Fecha de la firma****Nombre en letra de imprenta de la persona que firma**

Si el paciente no tiene capacidad legal o no puede firmar esta autorización, complete la siguiente información:

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

Relación con el paciente**Fecha****Solo para uso del consultorio:**Identificación verificada: Sí NO

Tipo de identificación:

Fecha en que fue divulgada: _____ Hora: _____

Firma del personal: _____ Nombre del personal en letra de imprenta: _____

Tarifas de la solicitud de historias clínicas

Las historias clínicas se proporcionan sin costo alguno cuando estos se envían a otro proveedor de atención médica para la atención del paciente. Para todas las demás solicitudes, es posible que se le cobre una tarifa al paciente/solicitante. Solicite a Administración de Información de Salud más información sobre la tarifa aplicable a su solicitud y el método de entrega.

Si tiene preguntas, comuníquese con el Departamento de Gestión de Información de Salud del centro correspondiente que se indica a continuación:

Nombre/dirección del campus	N.º de teléfono	N.º de fax
Cancer Institute of New Jersey 195 Little Albany St., New Brunswick, NJ 08901	732-235-2465	732-235-7355
Children's Specialized Hospital 150 New Providence Rd., Mountainside, NJ 07092	908-301-5421	908-301-5527
Clara Maass Medical Center 1 Clara Maass Drive, Belleville, NJ 07109	973-450-2063	973-450-2608
Community Medical Center 99 Highway 37 West, Toms River, NJ 08755	732-557-8136	732-557-2209
Cooperman Barnabas Medical Center 94 Old Short Hills Rd., Livingston, NJ 07039	973-322-5835	973-322-5693
Jersey City Medical Center 355 Grand St., Jersey City, NJ 07302	201-915-2151 opción 2	201-915-2556 201-915-2559
Monmouth Medical Center 300 2nd Ave., Long Branch, NJ 07740	732-923-7184	732-923-7650

NOTA: En el caso de pacientes de grupos médicos, comuníquese con el consultorio donde fue atendido. Si el centro donde fue atendido no está incluido en la lista anterior, comuníquese directamente con ese centro si tiene alguna pregunta, envíe un correo electrónico a RWJBHRegulatoryROI@rwjbh.org o envíe un fax al: 732-728-2040.

Nombre/dirección del campus	N.º de teléfono	N.º de fax
Monmouth Medical Center Southern Campus 600 River Ave., Lakewood, NJ 08701	732-942-5634	732-942-5605
Newark Beth Israel Medical Center 201 Lyons Ave., Newark, NJ 07112	973-926-7409	973-926-7513
Plum Street Radiology Ambulatory Medical Pavilion Morris Cancer Center 10 Plum St., New Brunswick, NJ 08901	732-828-3000, extensión 34078	732-253-3401 732-418-8489
Robert Wood Johnson University Hospital at Hamilton 1 Hamilton Health Place, Hamilton, NJ 08690	609-584-6620 y 609-584-6623	609-245-7418
Robert Wood Johnson University Hospital New Brunswick 1 Robert Wood Johnson Pl., New Brunswick, NJ 08901	732-828-3000, extensión 32769	732-253-3401 732-418-8489
Robert Wood Johnson University Hospital Rahway 865 Stone St., Rahway, NJ 07065	732-499-6035	732-680-8974
Robert Wood Johnson University Hospital Somerset 110 Rehill Ave., Somerville, NJ 08876	908-685-2196	908-704-3762
RWJBH Behavioral Health Center 1691 US-9 CN 2025, Toms River, NJ 08753	732-942-5634	732-942-5605
Trinitas Regional Medical Center 225 Williamson Street, Elizabeth, NJ 07202	908-994-5315 y 908-994-5316	908-994-5256