



AUTORIZACIÓN PARA USAR Y REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del Paciente: _____

Dirección de Domicilio: _____

Teléfono del Domicilio: _____ Fecha de nacimiento: _____

DESTINATARIO: Nombre de la organización a la cual el Hospital HURWJ puede revelar mi información de salud: _____

Dirección del Destinatario o a donde mi información de salud debe de ser entregada: _____

Número de Fax# _____ Teléfono# _____

Tipo de información a revelar: (Marque los encasillados apropiados e incluya otra información donde se indique)

☐ Abstracto Médico ☐ Datos Demográficos ☐ Historial y Datos Físicos ☐ Resumen ☐ Información Entera
☐ Consulta (s) ☐ Reporte (s) de Operación (nes) ☐ Reporte (s) de Laboratorio ☐ Reporte (s) Radiológico (s) ☐ Otro: _____

Propósito de la Revelación:

☐ Cuidado Médico ☐ Seguro ☐ Personal ☐ Materia Legal ☐ Otro: _____

Nota: Si su información de salud contiene alguna información relacionada con HIV/SIDA (por ejemplo, información concerniente a cualquier prueba, infección o enfermedad, incluyendo SIDA), información genética, y/o información relacionada con un programa de abuso de alcohol o drogas, usted tiene que específicamente mencionar "información relacionada a HIV/SIDA," "información genética" o "información relacionada con un programa de abuso de alcohol/drogas" (como sea aplicable) si usted desea que el Hospital HURWJ revele dicha información.

TÉRMINO: Esta Autorización permanecerá en efecto:

☐ Hasta que yo la revoque por escrito.
☐ Desde la fecha de esta Autorización hasta el _____ de _____, 20 ____
☐ Hasta que el siguiente evento ocurra: _____
☐ Hasta que la siguiente condición sea satisfecha: _____

Entiendo que una vez el Hospital HURWJ revele mi información de salud al Destinatario de acuerdo con los términos y condiciones de esta Autorización, el Hospital HURWJ no puede garantizar que el Destinatario no revelará mi información de salud a terceras personas o entidades. Dichas personas o entidades pueda que no estén requeridas a obedecer esta Autorización o leyes federales y estatales aplicables que gobiernan el uso y revelación de mi información de salud.

Entiendo que yo en cualquier momento puedo pedir por escrito al HURWJ que inspeccione y/o obtenga copia de mi información de salud, y que HURWJ dentro de treinta (30) días luego de recibir dicha petición por escrito, podrá otorgar la petición o pedirme que haga arreglos para una fecha y hora para inspeccionar y/o copiar mi información de salud o proveerme con una denegación por escrito de la petición que indique la razón por la cual se denegó la petición, mis derechos para que se re-evalúe esa decisión (si alguno), e instrucciones de cómo y a quién puedo someter una querrela con respecto a la denegación.

Entiendo que el HURWJ puede, directa o indirectamente, recibir reenumeración de terceros con respecto al uso o revelación de mi información de salud.

Entiendo que puedo negarme a firmar o puedo revocar (en cualquier momento) esta Autorización por cualquier razón y que dicha negación o revocación no afectará el comienzo, continuación o calidad de mi tratamiento por el HURWJ, suscripción en el plan de salud o elegibilidad para beneficios.

Entiendo que esta Autorización permanecerá en efecto hasta que el Término de la Autorización expire o yo provea una notificación por escrito de revocación al Oficial de Privacidad del HURWJ a la dirección especificada abajo. La revocación será efectiva inmediatamente cuando HURWJ reciba la notificación por escrito, excepto que la revocación no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción que halla tomado HURWJ basándose y confiando en esta Autorización antes de haber recibido mi notificación de revocación por escrito.

El Oficial de Privacidad del HURWJ puede ser conseguido en la siguiente dirección y número de teléfono:

Privacy Officer / Robert Wood Johnson University Hospital / 1 Robert Wood Johnson Place / New Brunswick, New Jersey 08901
Teléfono: (732) 828-3000 extensión 5463

He leído y entendido los términos de esta Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y revelación de mi información de salud. He aquí yo, con conocimiento y voluntariamente, autorizo al HURWJ a usar o revelar mi información de salud en la manera descrita arriba.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Testigo

Si el paciente es un menor o el paciente de otra manera no puede firmar esta Autorización, favor de completar la información abajo:

Firma del Guardián/Tutor Legal autorizado, Agente de Cuidado de Salud u otro Representante Personal autorizado

Relación

Fecha

Testigo