

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACION MÉDICA CONFIDENCIAL

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ CD por Correo
 _____ Copia en Papel

Yo autorizo el uso y divulgación de la información médica del individuo mencionado líneas arriba que se describe a continuación. El siguiente individuo u organización está(n) autorizado(s) para divulgar la información:

Indique información a divulgar (marque todas las casillas que apliquen):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> H&P/Historial Clínico | <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Historial de Medicinas |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> Evaluación psicológica social | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso | <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____ | | |

Tipo De Servicio	Fechas
<input type="checkbox"/> Interno	_____
<input type="checkbox"/> Historial de Emergencia	_____
<input type="checkbox"/> Clínica/Terapia Física	_____
<input type="checkbox"/> Salud de Conducta/ Psiquiatría	_____
<input type="checkbox"/> Otro	_____

Yo comprendo que mi información médica también puede incluir datos relacionados a diagnósticos/tratamientos referentes a condiciones psicológicas o psiquiátricas, abuso del alcohol y/o de drogas, información genética, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/ o el virus de inmunodeficiencia humana (HIV). Yo comprendo y estoy de acuerdo que si mi información médica contiene los datos relacionados a los diagnósticos/tratamientos mencionados arriba, pueda ser divulgada.

Si _____ No _____ autorizo la divulgación de esta información.

(Tiene que autorizar con sus iniciales una de las dos)

Esta información ha sido divulgada a usted de los archivos protegidos por las reglas de confidencialidad Federales (42CFR parte II) y las reglas del Estado de New Jersey. Las reglas Federales le prohíbe a usted divulgar esta información más adelante a no ser que tenga consentimiento por escrito de la persona a quien le pertenece la información o como sea permitido por 42CFR parte II.

Esta información se va a divulgar a: _____

Dirección: _____

Motivo de la divulgación: _____

Yo comprendo que puedo rehusar a firmar o revocar esta autorización por cualquier razón y en cualquier momento y que esta acción no afectaría el comienzo, continuación o calidad de mi tratamiento en Trinitas Regional Medical Center. Yo comprendo que la revocación de esta autorización tiene que ser por escrito dirigida al Departamento de Servicios de Información de Salud (Health Information Services Department). Yo entiendo que la revocación no se aplicará a información que ya haya sido divulgada en base a esta autorización. Comprendo que la revocación de esta autorización no se aplicará a mi compañía de seguros por cuanto la ley le da el derecho a hacer reclamos bajo mi póliza. A menos que sea revocada, esta autorización caducará en la fecha o mediante el evento o con la condición siguiente _____. Si no especifico una fecha, evento o condición de caducidad, esta autorización caducará en seis meses.

Yo comprendo que, según lo dispuesto en las reglas Federales CFR 164.524, puedo inspeccionar u obtener una copia de la información que habrá de ser utilizada o divulgada. Comprendo que cualquier información divulgada lleva el potencial de una nueva divulgación no autorizada y que esta información no podría estar protegida bajo las reglas de confidencialidad Federales.

Yo he leído y he entendido los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del uso y la divulgación de mi información médica. Con mi firma abajo, en pleno conocimiento y de forma voluntaria, autorizo a Trinitas Regional Medical Center a utilizar o divulgar mi información médica en la manera descrita arriba.

Firma del paciente o su representante autorizado Fecha/Hora _____
Representante autorizado, indicar el parentesco con el paciente