

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

ENTRÉGUELE AL PACIENTE UNA FOTOCOPIA DE ESTE FORMULARIO LLENO

Información del paciente:

Nombre del paciente: _____

Nombre de soltera/alias: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Al firmar este formulario de autorización, autorizo a Shore Memorial Hospital (SMH) a usar y/o divulgar mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a la siguiente persona u organización, según se describe más detalladamente en los párrafos a continuación:

Nombre de la persona/organización: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Propósito del uso o divulgación: _____

Autorizo específicamente al uso o divulgación de la siguiente información de salud protegida:
(Proporcione una descripción detallada de las fechas y los plazos particulares de su tratamiento)

Registros de la Sala de Urgencias _____

Registros del hospital/registros de hospitalización: _____

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Carátula | <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico | <input type="checkbox"/> Servicio Social/ Notas de planificación del alta |
| <input type="checkbox"/> Informe del alta | <input type="checkbox"/> Informe(s) de operaciones | <input type="checkbox"/> Registros de fármacos/medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Consentimiento para transferencia | | |
| <input type="checkbox"/> Notas de evolución | | |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

Historias clínicas/ambulatorias: _____

Informe(s) de laboratorio: _____

Informe(s) de patología: _____

Informe(s) de radiología: _____ Radiografías: _____

Informe(s) de interconsulta: _____

Informe(s) cardíacos/de ECG: _____

Otros: _____

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Comprendo que mi historia clínica puede contener información relativa a lo siguiente:

- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- Información de enfermedades venéreas
- o infección de VIH
- Información de tuberculosis
- Información psiquiátrica
- Información genética
- Tratamiento para el abuso del alcohol y/o drogas

NOTA: SE ENTREGARÁ INFORMACIÓN DE LA NATURALEZA MENCIONADA, A MENOS QUE PONGA SUS INICIALES ESPECÍFICAMENTE EN LOS PUNTOS QUE NO SE DEBEN ENTREGAR.

Entiendo que una vez que SMH divulgue mi información de salud protegida al destinatario, SMH no puede garantizar que dicho destinatario no volverá a divulgar mi información a un tercero. Dicho tercero podría no estar obligado a acatar esta autorización o las leyes federales y estatales pertinentes que rigen el uso y la divulgación de la información médica.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, avisándole a SHM por escrito a **HIMS Department, Shore Memorial Hospital, 1 East New York Avenue, Somers Point, NJ, 08244.**

Sin embargo, también entiendo que dicha revocación no tendrá efecto en ninguna información ya usada o divulgada por SMH antes de que éste recibiera el aviso de mi revocación por escrito. Además tal rechazo o revocación no afectará el inicio, la continuación o la calidad de mi tratamiento en SMH.

Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre el acceso a su información de salud protegida, puede comunicarse con el funcionario de privacidad de SMH, llamando al 1-866-314-4722 ó al 1-609-926-4300 o a la dirección antes mencionada con atención a la Oficina de Privacidad.

Plazo de la autorización: Esta autorización permanecerá vigente durante 90 días, a menos que se especifique lo contrario más abajo: (Ponga su inicial en el recuadro que corresponda)

Desde la fecha de esta autorización hasta el _____ de _____, 201__

Hasta que suceda el siguiente evento: _____

He leído y comprendo los términos de esta autorización y tuve la oportunidad de preguntar acerca del uso y divulgación de mi información médica. Mediante mi firma más abajo, con pleno conocimiento y en forma voluntaria, autorizo a SMH para que use o divulgue mi información de salud protegida en la forma descrita anteriormente.

Firma del paciente

Fecha de firma

Firma del representante personal

Fecha de firma

Nombre en letra de imprenta del miembro ayudante del personal de SMH

Fecha

Para uso de SMH cuando se entregue la información:

Fecha de entrega: ____/____/____ Firma del miembro del personal de SMH: _____

Total de páginas: _____ Costo total: _____

¿LE ENTREGÓ AL PACIENTE UNA FOTOCOPIA DE ESTE FORMULARIO LLENO? SÍ