



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

SECCIÓN A: Fecha de hoy: _____

Información del paciente: Fecha de nacimiento: _____ Número de historia clínica: _____

Nombre del paciente: _____ Número de teléfono de contacto durante el horario laboral: _____

Dirección del paciente: _____

Mediante el presente documento, autorizo y solicito la divulgación a llevarse a cabo por Atlantic Health System de la información relacionada con el tratamiento recibido en (marque una opción):

- Atlantic Medical Group (especifique): _____
- Atlantic Home Care and Hospice Chilton Medical Center Hackettstown Medical Center Newton Medical Center
- Morristown Medical Center Overlook Medical Center

La información se debe divulgar a (receptor): Marque este casillero si el receptor es el mismo paciente

Nombre del destinatario/Centro/Organización: _____

Dirección completa: _____

Número de teléfono: _____ A la atención de: _____

Propósito de la divulgación: Uso del médico Uso del centro Uso personal Uso legal Otro: _____

Tipo de entrega solicitado (si no se completa esta pregunta, se proporcionará una copia impresa): Impresa Electrónica (CD) MyChart

Correo electrónico cifrado*: _____ Número de fax: _____ Correo postal Recogida

En el caso de que el centro no pueda dar cumplimiento a una entrega electrónica según lo solicitado, se proporcionará una entrega alternativa (por ejemplo, impresa).

**NOTA: la elección del tipo de entrega mediante correo electrónico cifrado implica cierto nivel de riesgo. No somos responsables del acceso no autorizado a la información de salud personal (PHI, por sus siglas en inglés) contenida en este formato, ni de los riesgos (por ejemplo, virus) potencialmente introducidos en su computadora/dispositivo al recibir la PHI en formato electrónico o correo electrónico.*

SECCIÓN B: Mediante el presente documento, autorizo a Atlantic Health System a recibir la historia clínica de parte de:

Nombre: _____ Número de fax: _____

Dirección: _____ Fechas de servicio: _____

SECCIÓN C: Descripción de la información que se divulgará/obendrá: Fechas de servicio: _____

Resumen (más frecuente): ficha médica, resumen de alta, aptitud física y antecedentes, consultas, resultados de estudios, informes operativos, dosis efectiva

Ficha médica/de admisión Informes de ECG/estudios del sueño Consulta/evaluación de salud mental _____

Historia clínica completa Aptitud física y antecedentes Informe operativo _____

Informe de consulta Registro de vacunación Informe patológico _____

Resumen de alta Informe de laboratorio Muestras/especímenes patológicos

Imágenes cardiológicas/radiológicas Registro de medicamentos Informe radiológico

Instrucciones especiales: _____

Autorizo específicamente el uso o divulgación de los tipos de información altamente confidencial donde he colocado mis iniciales:

_____ Registros de tratamiento de VIH/SIDA _____ Registros de tratamientos psiquiátricos _____ Registros de pruebas/tratamientos genéticos

_____ Tratamiento para abuso de drogas/alcohol _____ Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual

SECCIÓN D: Autorización del paciente: Estoy de acuerdo con lo siguiente:

- A menos que revoque la autorización, esta tiene una validez de 6 meses a partir de la fecha antes mencionada. Las revocaciones deben realizarse por escrito. Puede enviar el aviso de revocación por correo postal a cualquiera de los centros indicados en la parte posterior de este formulario. Es posible que la revocación no pueda tener efecto si ya se han tomado medidas con respecto a esta autorización.
- Comprendo que los términos de la autorización se rigen por la Ley de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996 y sus reglamentaciones implementadas, y que esta puede ser modificada de manera oportuna.
- Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que esto no afectará mi capacidad para recibir tratamiento, cobertura de seguro o beneficios de elegibilidad.
- Atlantic Health System no puede garantizar que el destinatario identificado no volverá a divulgar mi información de salud a un tercero.
- Comprendo que puedo acceder a la información descrita en este formulario y obtener una copia de ella por una tarifa razonable, si así lo solicito.

Paciente/Representante autorizado o tutor: _____ Fecha: _____ Hora: _____

En caso de que la firma pertenezca a un representante autorizado, especifique la relación con el paciente: _____

Firma del menor de edad: _____ Fecha: _____ Hora: _____

(se requiere la firma del menor de edad que tenga 12 años o más para cierta información)

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

*NOTA: la divulgación de información tendrá lugar con posterioridad al alta hospitalaria

Las reglamentaciones de la HIPAA permiten a las entidades de atención médica disponer de hasta 30 días para procesar las solicitudes de copia de historia clínica. Generalmente finalizamos las solicitudes antes del tiempo permitido, pero debido a la posibilidad de recibir un gran volumen de solicitudes, no podemos garantizar una fecha específica antes de los 30 días.

SECCIÓN A:

- Complete la fecha de hoy.
- Proporcione el nombre del paciente, la fecha de nacimiento, el número de historia clínica, en caso de conocerlo, la dirección del paciente y el número de teléfono de contacto durante el horario laboral.
- Seleccione el hospital o consultorio médico de Atlantic Health System donde recibió su atención.
- Proporcione el nombre y dirección del destinatario. El destinatario es cualquier persona que recibirá los registros. Si el destinatario es el paciente, marque el casillero y avance a la siguiente sección.
- Identifique el propósito (motivo) por el que solicita copias de la historia clínica marcando el casillero correspondiente.
- De lo contrario, seleccione el método de entrega: impresa, copia electrónica (CD), fax, correo electrónico cifrado, MyChart.
- Si es por correo postal, proporcione la dirección de correo electrónico de forma clara y legible y lea el aviso de riesgo en la sección Tipo de entrega solicitado.
- Si es por fax, asegúrese de proporcionar el número de fax correcto de forma legible, incluido el código de área.

SECCIÓN B:

- Si un centro o médico de Atlantic Health System le ha pedido que obtenga su historia clínica de otro centro, marque este casillero y complete el nombre del centro, médico u organización y la dirección completa.
- Indique las fechas de servicio. Si no conoce las fechas exactas, ingrese el año.

SECCIÓN C:

- Indique qué información está solicitando. La más común es el Resumen, que contiene la ficha médica, el resumen de alta, la aptitud física y los antecedentes, el informe de emergencias, las consultas, todos los estudios como las pruebas de laboratorio y de radiología, y los informes operativos realizados por los médicos.
- De lo contrario, marque el casillero que identifique la información que necesita o indique la información específica que necesita.
- Coloque sus iniciales junto a Registros de tratamiento de VIH/SIDA, Tratamiento para abuso de drogas/alcohol, Registros de pruebas/tratamientos genéticos, Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual o Registros de tratamientos psiquiátricos si quisiera que esta información sensible fuera divulgada como parte de su historia clínica. Esto requiere un reconocimiento adicional por parte del paciente o su representante legal autorizado.

SECCIÓN D:

- El paciente debe firmar el formulario y colocar la fecha.
- Si el paciente tiene un representante autorizado legalmente, este debe firmar el formulario y colocar la fecha. El cónyuge no es un representante legal, a menos que cuente con un poder de representación legal o con documentación de subrogación de atención médica. Se debe enviar una copia de la documentación legal junto con esta solicitud.
- Los pacientes mayores de 18 años deben solicitar sus propios registros, a menos que se encuentren legalmente incapacitados para firmar esta autorización. En caso de encontrarse legalmente incapacitados para firmar esta autorización, se debe proporcionar documentación, como aquella relacionada con la tutela o representación para la atención médica.
- Los pacientes menores de edad tienen derecho a dar su consentimiento para recibir atención y, por lo tanto, estos también pueden controlar la divulgación de la información de su historia clínica relacionada con su tratamiento. Los menores de edad de 12 a 17 años deben autorizar la divulgación de cierta información, como aquella acerca de servicios relacionados con el VIH/SIDA, el alcoholismo y la drogadicción, la psiquiatría, las enfermedades sexuales, el embarazo y el aborto.

Es posible que tenga que abonar una tarifa para obtener una copia de la información que solicitó.

Plan de tarifas para pacientes:

¿Por qué medio le gustaría recibir su copia?	Cómo se conservan las historias clínicas	Tarifa razonable y basada en el costo
Impresa o electrónica (correo electrónico, CD/DVD, MyChart)	Formato electrónico	Primera copia sin cargo; copias posteriores \$6.50 por copia
Impresa o electrónica	Formato impreso	Tarifa fija de \$6.50 (incluye el trabajo, los suministros y los gastos de envío)

Si el hospital determina que sus registros o información están protegidos por la ley federal o estatal en lo que respecta a la confidencialidad de los registros de abuso de alcohol o drogas, el diagnóstico y el tratamiento del VIH/SIDA o de las enfermedades relacionadas con el VIH, se adjuntará la siguiente nota a la divulgación: *“NOTA dirigida al destinatario de la información: esta información que se le proporcionó proviene de registros protegidos por las normas de confidencialidad federales o estatales (Título 42, parte 2 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR); Legislación de Nueva Jersey (NJSA) 26: 5C-1 y subsiguientes). Las normas federales o estatales prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que dicha divulgación adicional esté expresamente autorizada en el consentimiento por escrito firmado por la persona a la que este pertenece, o permitida por el Título 42, parte 2 del CFR o por la NJSA 26: 5C-1 y subsiguientes. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo de información NO es suficiente para este propósito. Las normas federales o estatales restringen cualquier uso de la información para investigar penalmente o iniciar acciones legales a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas”*. Esta autorización no se utilizará para divulgar información de salud protegida para la comercialización o venta de información de salud protegida.

Centros de Atlantic Health System e información de contacto

Se tienen en cuenta los principales días festivos

Chilton Medical Center

97 West Parkway · Pompton Plains, NJ 07444
Teléfono: 973.831.5051 Fax: 973.831.5257
Horario de atención:
lunes a viernes de 9:00 a. m. a 6:00 p. m.

Newton Medical Center

175 High Street · Newton, NJ 07860
Teléfono: 973.579.8365 Fax: 973.383.4559
Horario de atención:
lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.

Hackettstown Medical Center

651 Willow Grove Street · Hackettstown, NJ 07849
Teléfono: 908.850.7727 Fax: 908.850.6826
Horario de atención:
lunes a jueves de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.;
viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Overlook Medical Center

99 Beauvoir Avenue · Summit, NJ 07901
Teléfono: 908.522.2111 Fax: 908.273.1272
Correo electrónico: ohhealthrecords@atlanticehealth.org
Horario de atención:
lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Morristown Medical Center

100 Madison Avenue · Morristown, NJ 07960
Teléfono: 973.971.5183 Fax: 973.290.7999
Correo electrónico: mmhmedrec@atlanticehealth.org
Horario de atención:
lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.;
sábados y domingos de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Atlantic Health System - Divulgación de información

100 Southgate Parkway · Morristown, NJ 07960
Teléfono: 973.630.1725 fax: 973.630.1726
Correo electrónico:
atlanticehealthROI@atlanticehealth.org
Horario de atención:
lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

NO SE CONSIDERA PARTE DE LA HISTORIA CLÍNICA PERMANENTE