



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

N.º Hist. Méd./Reg. Cta. Hosp.: _____

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

ID de solicitud: _____

SECCIÓN A: Información del paciente: Número de teléfono durante el día: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del paciente: _____

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

- Morristown Medical Center
 Overlook Medical Center
 Newton Medical Center
 Chilton Medical Center
 Hackettstown Medical Center
 Farmacia
 Enfermeros a domicilio de Atlantic
 Atlantic Medical Group / Primary Care Partners / Otro (especifique): _____

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: _____ Recoger

En caso de que el servicio no pueda realizar la entrega electrónica solicitada, se proporcionará una entrega alternativa (por ejemplo, en papel). Correo postal

**NOTA: Elegir el envío de 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 o dispositivo al recibir la PHI en formato electrónico o correo electrónico.*

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

Nombre: _____ Número de fax: _____

Dirección: _____ Fechas de servicio: _____

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

- Resumen (más frecuente): ficha médica, resumen de alta, aptitud física y antecedentes, consultas, resultados de estudios, informes operativos, dosis efectiva
- | | | | |
|--|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ficha médica/de admisión | <input type="checkbox"/> Informes de ECG/estudios del sueño | <input type="checkbox"/> Consulta/evaluación de salud mental | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica completa | <input type="checkbox"/> Aptitud física y antecedentes | <input type="checkbox"/> Informe operativo | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Informe de consulta | <input type="checkbox"/> Registro de vacunación | <input type="checkbox"/> Informe patológico | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Informe de laboratorio | <input type="checkbox"/> Muestras/especímenes patológicos | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Imágenes cardiológicas/radiológicas | <input type="checkbox"/> Registro de medicamentos | <input type="checkbox"/> 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 el alcoholismo y el consumo de drogas
 Pruebas de enfermedades de transmisión sexual
 Servicios de salud reproductiva

SECCIÓN D: Autorización del paciente: Entiendo que:

- 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 tenga efecto si ya se han tomado medidas con respecto a esta autorización.
- 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 modificarse de manera oportuna.
- 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 vuelva a divulgar mi información de salud a un tercero.
- 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: _____

(se requiere la firma del menor de edad de 12 años en adelante para cierta información)

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

Firma del personal de Atlantic Health System: _____ Fecha: _____ Hora: _____

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 con 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 la 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.
- Luego, marque 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 quiere que esta información sensible se divulgue 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 anotar 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 el consumo de drogas, la psiquiatría, las enfermedades sexuales, el embarazo y el aborto.

Si el hospital determina que sus registros o información están protegidos por la ley federal o estatal con respecto a la confidencialidad de los registros de abuso de alcohol o drogas, diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA o enfermedades relacionadas con el VIH, se adjuntará la siguiente nota al comunicado: *"NOTA para el destinatario de la información: Esta información le ha sido divulgada a usted de registros protegidos por reglas de confidencialidad federales o estatales (42 CFR parte 2; N.J.S.A. 26: 5C-1 y subsiguientes). Las normas federales o estatales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de esta información a menos que dicha divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por 42 CFR parte 2 o N.J.S.A. 26: 5C-1 y subsiguientes. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo 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
correo electrónico: cmc.him@atlanticealth.org
Horario de atención: Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Hackettstown Medical Center

651 Willow Grove Street · Hackettstown, NJ 07840
teléfono: 908.850.7745 fax: 908.441.1180
correo electrónico: hmcmedicalrecords@atlanticealth.org
Horario de atención: Lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m.

Morristown Medical Center

100 Madison Avenue · Morristown, NJ 07960
teléfono: 973.971.5183 fax: 973.290.7999
correo electrónico: mmhmedrec@atlanticealth.org
Horario de atención: Lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.
Sábados y domingos de 8 a. m. a 4 p. m.

Newton Medical Center

175 High Street · Newton, NJ 07860
teléfono: 973.579.8365 fax: 973.383.4559
correo electrónico: nmcmmedicalrecords@atlanticealth.org
Horario de atención: Lunes a viernes de 8 a. m. a 4 p. m.

Overlook Medical Center

99 Beauvoir Avenue · Summit, NJ 07901
teléfono: 908.522.2111 fax: 908.273.1272
correo electrónico: ohhealthrecords@atlanticealth.org
Horario de atención: Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Atlantic Health System - Divulgación de información

100 Southgate Parkway · Morristown, NJ 07960
teléfono: 973.630.1725 fax: 973.630.1726
correo electrónico: atlanticealthROI@atlanticealth.org
Horario de atención: De lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m.

Atlantic Medical Group / Primary Care Partners

465 South Street, Suite 103 · Morristown, NJ 07960
teléfono: 973.971.7023 fax: 973.971.7159
correo electrónico: amglegalrecordrequests@atlanticealth.org
Horario de atención: Lunes a jueves, de 8 a. m. a 5 p. m.
Viernes de 7 a.m. a 3 p.m.

Enfermeros a domicilio de Atlantic

465 South Street · Morristown, NJ 07960
teléfono: 973.921.8519 fax: 973.379.8435
correo electrónico: avn.him@atlanticealth.org

NO SE CONSIDERA PARTE DE LA HISTORIA CLÍNICA PERMANENTE