

IDENTIFICADOR DEL PACIENTE

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

A Nombre del paciente: _____ Número de historia clínica: _____
Fecha de nacimiento: _____
DIVULGAR LA INFORMACIÓN A: _____

Nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad, estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____ Número de fax: _____ Correo electrónico: _____
Propósito de la divulgación: Continuación de la atención de salud Asuntos legales Uso personal Otro: _____
 Autorizo a Bergen New Bridge Medical Center a obtener la historia clínica de: _____

B INFORMACIÓN A DIVULGAR: Hospitalización Emergencias Cirugía ambulatoria Atención ambulatoria/clínica
Fechas de tratamiento necesarias: _____
 Resumen: incluye historial médico y exámenes físicos, resultados de pruebas, consultas, informes de cirugía y resumen de alta, si corresponde.
 Exámenes físicos/consultas Pruebas/evaluación de psicología
 Notas de evolución médica Resumen de alta/instrucciones del alta del paciente (Paquete para el alta)
 Informes de cirugía/patología Historial completo
 Informes de laboratorio/resultados de pruebas/radiografías/tomografías Otros: _____
 Radiología

C COLOQUE SUS INICIALES EN TODAS LAS OPCIONES QUE LE CORRESPONDAN: Divulgación de información específica - Al colocar mis iniciales aquí, autorizo a Bergen New Bridge Medical Center a divulgar información relacionada con:
Consumo/abuso de alcohol: _____ Consumo/abuso de drogas: _____ Notas de psicoterapia: _____
Embarazo: _____ Enfermedades de transmisión sexual: _____ VIH/SIDA: _____ Agresión sexual: _____

D RECONOCIMIENTO
* Entiendo que esta autorización vence un año después de la fecha de la firma o antes si presento una revocación por escrito a Bergen New Bridge Medical Center
* Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero si lo hago, no afectará a las acciones que se tomen antes de que Bergen New Bridge Medical Center reciba la revocación.
* Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización, la cual es estrictamente voluntaria.
* La información que esté protegida por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2) se tratará según lo especifican dichas reglas.
* Entiendo que la información a divulgar en virtud de esta autorización puede divulgarse de nuevo por el receptor y en caso de que suceda esto, es posible que la información no esté protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad.
* Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información que aparece en este formulario pagando un cargo razonable por copia. Entiendo que Bergen New Bridge Medical Center puede denegar esta solicitud bajo circunstancias limitadas y que Bergen New Bridge Medical Center me informará su decisión de aprobar o denegar mi solicitud de acceso u obtención de una copia de la Información Solicitada dentro de los treinta (30) días posteriores de haber recibido esta solicitud.
* **Entiendo los riesgos relacionados con la confidencialidad inherentes al uso de la tecnología (es decir, la información puede no llegar a la persona a la que está destinada, o puede llegar a otra persona a la que no estaba destinada, puede ser almacenada o reenviada sin autorización). A pesar de este riesgo, solicito que mi historia clínica se transmita como se indica:**
 Correo postal Fax Correo electrónico Papel Electrónico (CD)

E Firma de autorización: He leído lo anterior y autorizo a Bergen New Bridge Medical Center a divulgar la información médica protegida como se indica.

Firma del paciente (La firma es obligatoria para todos los pacientes que tienen 13 años o más) Fecha: _____

Representante del paciente:

Nombre en letra de imprenta: _____ Firma: _____
Fecha: _____ Relación con el paciente: _____

Testigo:

Nombre en letra de imprenta: _____ Firma: _____
Fecha: _____ Relación con el paciente: _____



* 1 R O I *

NOTA para el receptor de la información: Se ha divulgado esta información a partir de una historia clínica cuya confidencialidad está protegida por las leyes federales y estatales. Las regulaciones federales y estatales prohíben la divulgación posterior de esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a quien pertenece, o según lo permitan dichas regulaciones. Todas las personas que reciban información que está protegida por estas regulaciones, ya sea obtenida de forma legal o no, tiene prohibido usar dicha información para cualquier investigación criminal o civil, o para el procesamiento judicial del paciente. (Regulación federal 42 CFR parte 2; N.J.S.A. 26:5C-11) (N.J.A.C. 10:37-6.79(a) 3).

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nota: La divulgación de la información se producirá después del alta hospitalaria.

Sección A

- Proporcione el nombre, fecha de nacimiento, dirección de correo electrónico y número de teléfono del paciente.
- Proporcione el nombre, dirección, número de teléfono, número de fax y dirección de correo electrónico del receptor.
- El receptor es la persona que recibirá la historia clínica.
- Identifique el propósito (razón) por la que está solicitando copias de las historias clínicas marcando la casilla correspondiente.
- Si el receptor y el paciente son personas distintas, marque la casilla que autoriza a Bergen New Bridge a obtener la historia clínica de un paciente que no sea el receptor y proporcione el nombre del receptor.

Sección B

- Marque la casilla correspondiente para el tipo de historia que se divulgará e indique las fechas de servicio. Si no conoce las fechas exactas, indique el año.
- Señale qué información está solicitando marcando la casilla que identifica la información que necesita o escriba esta información en el espacio provisto.

Sección C

- Si desea que se divulgue información confidencial como parte de su historia clínica, coloque sus iniciales al lado de la información correspondiente.
- Un menor (13 años o más) se considera emancipado si alguna de la siguiente información es aplicable.

Sección D

- Lea la parte del reconocimiento.
- Marque el método en el cual le gustaría transmitir sus historias clínicas: correo postal, fax, correo electrónico, papel, electrónico (CD). Al marcar esta casilla, usted reconoce que entiende los riesgos relacionados con la confidencialidad inherentes al uso de la tecnología y, a pesar de este riesgo, solicita que su historia clínica se transmita tal como se indica.

Sección E

- El paciente debe firmar y colocar la fecha en el formulario, al firmarlo se reconoce que ha leído toda la información anterior y autoriza al Bergen New Bridge Medical Center a divulgar la información médica protegida como se indica.
- Si el paciente tiene un representante legal, quien firmará, se debe presentar una copia de la documentación legal con esta solicitud y se debe indicar la relación con el paciente en el espacio proporcionado en el formulario.