

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

***** Todas las secciones deben completarse para validar la divulgación de información *****

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono: _____

Divulgar información del paciente de:

- Sistema de Elliot Health Doctor de Elliot Health: _____
- Visiting Nurse Association of Manchester & Southern NH
- Southern New Hampshire Health Foundation Medical Partners
- Otro Home Health & Hospice

Información del paciente para (Parte autorizada):

- Solution Health/Southern NH Medical Center Solution Health/Elliot Hospital
- Foundation Medical Partners
- Otro Home Health & Hospice

Nombre del individuo: _____ Nombre de la entidad: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

FINALIDAD DE LA SOLICITUD:

- Continuación de la atención médica Legal Transferir permanentemente a otro doctor
- Seguro Médico Personal
- Inspeccionar Registro in situ Otro: _____

FECHAS DE SERVICIO QUE DEBEN DIVULGARSE:

Desde: _____ **Hasta:** _____

INFORMACION DEL PACIENTE QUE DEBE DIVULGARSE: (Marque todo lo que corresponda).

En el caso de la información sensible() usted debe poner también sus iniciales al lado de la información solicitada.*

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Historia clínica | _____ * Diagnóstico o tratamiento de VIH |
| <input type="checkbox"/> Consulta | <input type="checkbox"/> Informe operativo | _____ * Salud mental |
| <input type="checkbox"/> Radiología | <input type="checkbox"/> Resumen de alta | _____ * Prueba genética |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> Nota de evolución clínica | _____ * Diagnóstico o Tratamiento de Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) |
| <input type="checkbox"/> Abstracto | <input type="checkbox"/> Historia clínica completa | _____ * Otro |
| <input type="checkbox"/> Terapia física | <input type="checkbox"/> Cuadro clínico | _____ ** Consumo y tratamiento de alcohol y sustancias |
| <input type="checkbox"/> *** Formulario legible por máquina | | |

*NOTA: **Los registros de uso y tratamiento de alcohol y sustancias están protegidos por la Regulación Federal 42 CFR Parte 2. Las normas federales prohíben toda nueva divulgación de esta información a menos que se permita expresamente mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. *** El formato legible por máquina incluye su historia clínica completa para las siguientes entidades: EHS, SNHMC, HHHC, Associates in Podiatry (AIP), Generation Geriatric Mental Health (GGMH), Practice in Manchester and Londonderry, Manchester OBGYN (MOA), Manchester Urology Associates (MUA), Medical Eye Center (MEC), Mary Jo Montanarella (MJM), Spiros Mitsopoulos MD.*



INFORMACION QUE DEBE SER:

- Recogida por la *Parte Autorizada*
- Enviar por correo regular a la *Parte Autorizada*
- Enviar por fax a la *Parte Autorizada* (**Véase Notificación de Divulgación por Fax**)

Notificación de Divulgación por Fax: Tengo conocimiento de que, al marcar esta casilla, autorizo el envío de la información solicitada al número de fax que he indicado anteriormente. También soy consciente de los riesgos asociados al envío por fax de información de salud protegida e *información sensible, incluidos, entre otros, los siguientes: transmisión errónea, falta de garantías de confidencialidad en el lugar de la máquina receptora e información de transmisión incompleta. Al marcar esta casilla, reconozco que acepto este riesgo.

FORMATO PREFERIDO:

- Papel
- Electrónico-CD
- Electrónico – Flash Drive

TARIFAS DE COPIA Y TRAMITACIÓN:

En la actualidad no existen tarifas asociadas para que los pacientes obtengan copias de historias clínicas para uso personal. A todos los demás solicitantes se les facturará de acuerdo con el Esquema Estatal de Tarifas vigente.

ENTIENDO QUE:

- La información divulgada conforme a esta autorización es confidencial y debe ser utilizada para el propósito para el cual fue solicitada, sin embargo, una vez que esta información es divulgada, puede estar sujeta a ser divulgada nuevamente o divulgada por la parte receptora y puede ya no estar protegida por las leyes de confidencialidad federales y estatales, a menos que esté protegida por la Regulación Federal 42 CFR Parte 2 en cuyo caso no puede ser divulgada nuevamente por la parte receptora sin mi autorización por escrito. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, siempre y cuando la información no se haya divulgado ya en virtud de esta autorización. Se pueden encontrar detalles adicionales en el Aviso de Prácticas de Privacidad de SolutionHealth.
- Esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmar este formulario. Entiendo que negarme a firmar este formulario no afectará mi capacidad de obtener tratamiento en SolutionHealth, el pago de mi tratamiento o mi inscripción o elegibilidad para recibir beneficios, a menos que la ley lo permita.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento y para ello debo ponerme en contacto con el departamento de historias clínicas donde presenté inicialmente mi solicitud.
- Esta autorización se considera válida por un período de un año a partir de la fecha de la firma o hasta (fecha) _____.

FIRMA:

He leído todo el formulario o me lo han leído. Entiendo el contenido. Por la presente autorizo la divulgación de la información de mi paciente indicado(a) anteriormente y libero a SolutionHealth de cualquier responsabilidad legal u obligación relacionada con la divulgación de información.

Firma del paciente/padre/apoderado legal

Fecha

Nombre en letra de molde

Identificación (en caso de que no sea el paciente)

INFORMACION DE CONTACTO:

Envíe su solicitud por correo regular o fax al lugar correspondiente:

Elliot Health System

Atención; Historias Clínicas
One Elliot Way Manchester,
NH 03103
Teléfono: (603) 663-2341
Fax: (603) 663-1856

Southern New Hampshire Health

Atención; Historias Clínicas
8 Prospect Street, Apartado Postal 2014
Nashua, NH 03061
Teléfono: (603) 577-7500
Fax: (603) 577-5756