SAINT PETER'S UNIVERSITY HOSPITAL
A MEMBER OF SAINT PETER'S HEALTHCARE SYSTEM
254 Easton Avenue
New Brunswick, NJ 08901
732-745-8600 • www.saintpetersuh.com

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Health Information Management Department

Teléfono (732) 745-8511 Fax (732) 745-9063

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento:_____ Teléfono #:_____

Dirección: _____

Número de registro médico: _____ Número de cuenta médico: _____

TIPO DE SOLICITUD: Por medio de la presente le solicito a Saint Peter's University Hospital que me proporcione lo siguiente:

☐ **Copias de** mi información de salud, como se solicita a continuación. ☐ **Acceso par**a revisar los originales

(Tenga presente que si se solicita acceso, éste estará sujeto a la hora y el lugar elegidos por el hospital.)

DIVULGAR INFORMACIÓN A: ☐ Mí (el paciente o representante) ☐ La organización o persona indicada abajo:

_____ _____ _____
Organización Nombre de la persona Teléfono

_____ _____ _____ _____
Domicilio Ciudad Estado Código postal

Fecha(s) del servicio para el que se divulgará información de salud: _____

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA: (Seleccione todas las que correspondan)

☐ Resumen médico* ☐ Informe de alta ☐ Informes de cirugía

☐ Sólo registros del Departamento de Urgencias ☐ Historial clínico y examen físico ☐ Radiografías

☐ Sólo registros ambulatorios ☐ Notas de evolución ☐ ECG/EEG

☐ Informes de consulta ☐ Informes de patología ☐ Informes de laboratorio/análisis

☐ Otros: _____

***El resumen médico incluye:**: Carátula, informe de alta, registros del servicio de urgencias, historial clínico y examen físico, consultas, laboratorio, radiología, ECG, informe operativo e informe de patología.

MÉTODO DE ENTREGA: (Seleccione una opción)

☐ Correo postal

☐ Copia para retirar personalmente

☐ Envío en formato electrónico (para información de salud contenida en un Registro de salud electrónico ("EHR"))
[Paciente/Representante Legal: también completar HealthPort Electronic Record Delivery Request y enviar por fax adjunto con autorización]

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL ESPECÍFICA:
Firme con sus iniciales junto a las categorías específicas de información altamente confidencial que autoriza a Saint Peter's University Hospital a divulgar para la(s) fecha(s) de tratamiento mencionada(s) anteriormente. *Si **NO** coloca sus iniciales en una línea, esa información NO se divulgará.*

___Información relacionada con VIH/SIDA ___Información de salud mental y psicoterapia ___Información sobre drogas y alcohol

___Información genética ___Información de enfermedades de transmisión sexual

___Información sobre tuberculosis

Objetivo de la divulgación: Autorizo a Saint Peter's University Hospital a que divulgue la información de salud indicada anteriormente para el/los siguiente(s) objetivo(s): _____

Plazo/Vencimiento: Esta autorización es válida por un período de **noventa (90) días** ("Plazo"), a menos que se establezca un plazo menor aquí: _____, y por lo tanto, vence el ___/___/___.

COBROS: (aplicables sólo a las copias entregadas a los pacientes y a sus representantes legalmente autorizados. Se pueden aplicar otros cobros a otros solicitantes.) Acepto que Saint Peter's University Hospital puede, según las leyes estatales y federales, realizarme cobros por copias electrónicas o fotocopias y por los costos de envío/franqueo aplicables de mis registros médicos. Acepto además que estos cobros por copias están basados en la lista de tarifas vigente del hospital, de acuerdo con las leyes de Nueva Jersey.

Acepto que la información que se me entregue en virtud de esta solicitud no incluirá información compilada en previsión de(o para usarse en) un proceso civil, criminal o administrativo o que pueda estar limitada por la ley.

Acepto que Saint Peter's University Hospital puede negar esta solicitud en forma limitada, de acuerdo con las leyes federales o estatales que protejan la privacidad de la información de salud. Acepto además que, salvo que las leyes pertinentes establezcan otras disposiciones, tengo el derecho a que un profesional de atención de salud autorizado, seleccionado por Saint Peter's University Hospital que no haya participado en la decisión de denegar mi solicitud, revise dicha decisión.

Acepto que Saint Peter's University Hospital me notificará de su decisión de aprobar o denegar mi solicitud para acceder u obtener una copia de la información solicitada, dentro de los treinta (30) días de haber recibido esta solicitud.

La información que se divulgará de mis registros es confidencial y está protegida por las leyes federales y estatales. Acepto que una vez que Saint Peter's University Hospital revele mi información de salud a la(s) persona(s) señalada(s) en esta autorización, Saint Peter's University Hospital no puede garantizar que esta(s) persona(s) no vuelva(n) a divulgar mi información de salud a terceros. No se le puede exigir al tercero que acate esta autorización o las leyes federales y estatales pertinentes que rigen el uso y la divulgación de la información de salud.

Acepto que esta autorización estará vigente hasta que venza su plazo o hasta que yo proporcione una revocación por escrito a Saint Peter's University Hospital. La revocación se hará efectiva apenas Saint Peter's University Hospital reciba mi notificación por escrito, pero tal revocación no tendrá ningún efecto sobre ninguna acción llevada a cabo por Saint Peter's University Hospital de buena fe antes que Saint Peter's University Hospital haya recibido mi notificación de revocación por escrito.

He leído, entiendo y acepto los términos descritos en esta autorización y he tenido oportunidad de formular preguntas acerca de mis derechos para acceder a mi información de salud y cualquier información de salud protegida que Saint Peter's University Hospital use para tomar decisiones médicas sobre mí. Así también entiendo que si tengo cualquier otra pregunta o inquietud acerca de mi información de salud protegida, puedo ponerme en contacto con el Departamento de Administración de Información de Salud de Saint Peter's University Hospital por correo, 254 Easton Avenue, New Brunswick, New Jersey 08901, o por teléfono al (732) 745-8511 o por fax (732) 745-9063.

Por medio de la presente autorizo a Saint Peter's University Hospital a que entregue/divulgue la información de salud que se señala, para los objetivos que se indican en esta autorización.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____

Si el paciente es un menor o está de otra forma incapacitado para firmar esta autorización, se debe registrar a continuación la firma de su representante legal:

Descripción de la facultad: _____

Firma del representante: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____

Intérprete/Traductor: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____

Aviso para el receptor de información

Si el paciente o su representante legal han autorizado la entrega de información de "Abuso de alcohol y drogas", indicándolo con sus iniciales en la parte 2 de este formulario, el siguiente aviso se aplica a la información que ha recibido en conformidad con esta autorización.
Esta información se le ha divulgado a usted a partir de registros protegidos por el reglamento federal de confidencialidad 42 C.F.R. Parte 2. Dicho reglamento le prohíbe que realice cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que sea expresamente permitida a través de una autorización por escrito de la persona a quien pertenece la información o según lo permita la 42 C.F.R. Parte 2. Una autorización general para la entrega de información de salud o de otra información no basta para este propósito. El reglamento federal restringe cualquier uso de esta información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente que se encuentre en tratamiento por abuso de alcohol o drogas.