

- AtlantiCare Regional Medical Center
- AtlantiCare Behavioral Health
- AtlantiCare Health Services
- AtlantiCare Surgery Center
- AtlantiCare Physicians Group
- Otro: _____



542

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____

N.º de teléfono del paciente.: _____

N.º de exp. médico (si se conoce): _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo a la entidad AtlantiCare que se indica a continuación:

<input type="checkbox"/> AtlantiCare Regional Medical Center	<input type="checkbox"/> AtlantiCare Behavioral Health	<input type="checkbox"/> AtlantiCare Health Services
<input type="checkbox"/> AtlantiCare Surgery Center	<input type="checkbox"/> AtlantiCare Physicians Group	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Para divulgar la información médica de: _____

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

A la persona o entidad indicada a continuación:

Nombre del receptor: _____

Dirección del receptor: _____

Teléfono del receptor: _____ Fax del receptor: _____

La información a divulgar forma parte de los registros que pertenecen a: Paciente hospitalizado Paciente ambulatorio

Correo electrónico del receptor: _____

<input type="checkbox"/> Resumen del expediente médico	<input type="checkbox"/> Notas clínicas	<input type="checkbox"/> Notas de la sala de emergencia	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio
<input type="checkbox"/> Expediente médico completo	<input type="checkbox"/> Electroencefalograma (EEG), electrocardiograma (EKG), prueba de esfuerzo	<input type="checkbox"/> Facturas detalladas	<input type="checkbox"/> Placas radiográficas/informes
<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Vacunas	<input type="checkbox"/> Informes patológicos	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico	<input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos	<input type="checkbox"/> Salud mental	
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Trastornos por consumo de alcohol/sustancias*	<input type="checkbox"/> Informes de consulta	
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Colonoscopia	<input type="checkbox"/> Endoscopia	

Si desea que se divulgue cualquier dato de la siguiente información confidencial, marque las casillas que correspondan a continuación:

<input type="checkbox"/> Tratamiento/derivación por consumo de alcohol/drogas	<input type="checkbox"/> Servicios de salud reproductiva	<input type="checkbox"/> Salud mental (excepto notas de psicoterapia)
<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Tratamientos relacionados con el VIH/SIDA	

*Como se define en N.J.S.A. 2A:84A-22.18, los servicios de salud reproductiva hacen referencia a todos los servicios médicos, quirúrgicos, de asesoramiento o de derivación relacionados con el sistema reproductor humano, incluidos, entre otros, los servicios de atención relacionados con el embarazo, la anticoncepción o la interrupción del embarazo.

Para la(s) fecha(s) del servicio: _____

Motivo de la divulgación de la información médica: Personal Tratamiento/coordinación de la atención Otro _____

AVISO AL PACIENTE

Entiendo que los términos de esta autorización se rigen por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act o HIPAA) y otros reglamentos estatales y federales vigentes. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento antes de que AtlantiCare cumpla con esta solicitud. La revocación debe hacerse por escrito y está sujeta a los términos descritos en el Aviso de Prácticas de Privacidad de AtlantiCare y en otras políticas de AtlantiCare. Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización y que AtlantiCare no puede condicionar el tratamiento que recibo por llevar a cabo esta autorización. Entiendo que la información revelada mediante esta autorización puede ser divulgada por el receptor y ya no estará protegida por la ley HIPAA. Esta autorización vence al momento de la divulgación de la información descrita anteriormente o cuatro (4) meses después de la fecha de la autorización, salvo que se especifique lo contrario.

Fecha de vencimiento: _____

AVISO AL RECEPTOR DE LOS REGISTROS*

Dicha información se le ha divulgado a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (Título 42 del Código de Reglamentos Federales [CFR, por sus siglas en inglés], parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de información en este registro que identifique a un paciente que tiene o ha tenido un trastorno por uso de sustancias y/o de salud reproductiva, ya sea directamente, por referencia a información públicamente disponible, o mediante la verificación de dicha identificación por parte de otra persona, a menos que la divulgación posterior esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona cuya información se divulga o según lo permita 42 CFR parte 2, así como también N.J.S.A. 2A:84A-22.18. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar en relación con un delito a cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias.

Fecha de vencimiento: _____

Firma del paciente (14 años o mayor) _____

Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor legal/representante del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del testigo: _____

Fecha: _____

El paciente tiene derecho a recibir una copia de la autorización firmada.

Se dio el consentimiento oral _____

Fecha: _____