



Autorización del paciente para la divulgación de información médica protegida o expedientes médicos A LA OTRA PARTE

Formulario de doble cara, página 1 de 2
Información adicional en la página 2

Nombre del paciente: (apellido, nombre, 2º nombre)		Fecha de nacimiento:	
Dirección del paciente:		Número de teléfono: () -	
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Doy autorización a Exeter Hospital (especificar el lugar aquí):			
PARA: <input type="checkbox"/> DIVULGAR A: <input type="checkbox"/> SOLICITAR DE: <input type="checkbox"/> <i>Comunicarse verbalmente con:</i>			
Nombre:		Atención:	
Dirección:		Departamento/Suite:	
		Número de teléfono: () -	
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Número de fax (Se requiere con fines de atención continua de urgencia): () -			

Se solicitan los expedientes médicos para los siguientes fines:

Abogado Discapacidad Seguro Médico Indemnización al trabajador Otro (especificar) _____

DIVULGACIÓN DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS SIGUIENTES:

Fechas de la atención médica: DEL: _____ **AL:** _____

- Serie de expedientes médicos estándar*:** (Consulte la página 2 para obtener más detalles) **No incluye:** _____
- Otro (especifique):** _____
- Certificado** (según se requiera solo para procedimientos legales en un tribunal)
- Radiografía(s) e informe(s) médico(s) en CD**

Es posible que haya un cobro relacionado con esta solicitud. Consulte la página 2 para información adicional. Es posible que en la divulgación se incluya información sobre tratamientos para el consumo de alcohol o drogas e información psiquiátrica (que no incluyan las notas de psicoterapia).*

Consentimiento específico: Doy mi consentimiento para la divulgación de información relacionada con los resultados o análisis del VIH, pruebas genéticas y adopciones. Si no da su consentimiento, escriba aquí sus iniciales: _____

COPIAS DE LA DIVULGACIÓN EN EL FORMATO SOLICITADO:

- Papel Formato electrónico* (archivo PDF en CD) *Consulte la siguiente página para obtener detalles sobre el formato electrónico
- Otro (especifique): _____

MÉTODO DE ENTREGA:

Correo postal Otro: _____

A menos que se solicite de otra manera, los expedientes médicos se enviarán por correo postal de primera clase a través del Servicio Postal de Estados Unidos (USPS).

- Comprendo que esta autorización es voluntaria y puedo **negarme a firmarla**. Si me niego a firmar esta autorización, **Exeter Hospital no condicionará el tratamiento** a que yo proporcione esta autorización salvo que el tratamiento involucre hacer investigaciones o se realice solo con el propósito de crear información de salud protegida para la divulgación a un tercero (p. ej., seguro contra daños físicos).
- Comprendo que **podría revocar esta autorización** en forma total o parcial, en cualquier momento, a través de una notificación por escrito enviada al Departamento de gestión de información médica (HIM) de Exeter Hospital, salvo en el caso que Exeter Hospital ya haya usado o divulgado la información en virtud de mi autorización.
- Comprendo que la información usada o divulgada conforme a esta autorización es confidencial y debe ser usada con el propósito que se ha descrito anteriormente y que la persona que reciba la información divulgada conforme a esta autorización **podría volver a divulgar dicha información** y la información ya no estaría protegida por las leyes federales o estatales de confidencialidad.

FECHA DE VENCIMIENTO: Esta autorización **vencerá en 90 días** desde la fecha de mi firma aquí abajo o el: _____

Fecha de la firma:	Firma del/de la paciente:
Nombre en imprenta: _____	
Si la firma no es del paciente, indique quién es la persona autorizada y su relación e <i>incluya un comprobante del nombramiento:</i> _____	



**Autorización del paciente para la divulgación de información médica protegida o expedientes médicos A LA OTRA PARTE***Formulario de doble cara, página 2 de 2
Información adicional en la página 2***POR FAVOR, LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:**

- ***Aviso de tarifas:** Podría haber un cargo por el costo de las copias de expedientes médicos divulgados conforme a esta autorización de acuerdo con la ley del estado de New Hampshire (NH RSA 151:21, X and NH RSA 332-I:1,I) o la norma de privacidad de la ley HIPAA (45 CFR 164.524). Exeter Hospital podría usar los servicios de un asociado comercial para llevar a cabo su solicitud para la divulgación de la información de acuerdo con las regulaciones estatales y federales.
- Es una violación de las leyes federales y estatales que una entidad con cobertura divulgue información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés) o expedientes médicos a una persona no autorizada. Al firmar este formulario usted afirma que es la persona a la que le pertenece la PHI que está solicitando o que es la persona autorizada legalmente para divulgar o solicitar la información.
- ***Solicitud de los expedientes médicos en formato electrónico:** Los expedientes médicos se entregarán usando un formato seguro, a menos que se solicite de otra manera. Es posible que se apliquen limitaciones y un representante de Exeter Hospital podría contactarlo para analizar su solicitud si fuera necesario. Si la solicitud por envío electrónico no se puede realizar, se proveerá un método de envío alternativo.
 - En caso de que haya solicitado expedientes médicos no encriptados (no seguros) en formato electrónico, acepta el riesgo y libera a Exeter Hospital de toda responsabilidad en caso de que su información médica protegida (PHI) llegue a manos o sea interceptada por otra persona que no sea usted y que posteriormente dicha persona pueda tener acceso, divulgar o quedarse con la información. Se podría tener acceso a la información en CD o archivos adjuntos que se envíen por correo electrónico, sin una contraseña de seguridad y sería de fácil acceso para cualquier persona que use su correo postal o cuenta de correo electrónico. Un correo electrónico no encriptado también podría ser interceptado o mal utilizado por personas no autorizadas y se tendría acceso o se vería comprometida la información.
- ***Serie de expedientes médicos estándar:** Incluye información pertinente sobre la atención médica recibida en las fechas solicitadas e incluye todos los informes escritos por los médicos durante la hospitalización y la atención ambulatoria (p. ej., resumen del alta, informes de cirugía y procedimientos y el informe de la sala de emergencia), así como los informes de cualquier prueba (p. ej., radiología, laboratorio, patología y cardiovascular). La sección de *Fechas de atención médica* debe indicar el intervalo de las fechas exactas. Términos como “comienzos de”, “fines de” y “el alta” no serán aceptados.
- Se requiere que la persona autorizada por el paciente o representante legal presente una identificación con fotografía si se van a recoger los expedientes médicos.
- Asegúrese de escribir de manera legible y completar todas las secciones de la autorización para evitar demoras en el proceso de su solicitud.
- Denos un plazo de hasta 30 días para procesar su solicitud de divulgación de los expedientes médicos. Consulte la norma 45 CFR 164.524(b)(2). En la mayoría de los casos, los expedientes médicos están disponibles o se entregan de uno a diez días.
- Si se le otorgó un Poder notarial permanente para el cuidado de la salud (DPOAHC en inglés) de un paciente, usted puede autorizar la divulgación de los expedientes médicos *solamente* en caso de que un médico o tribunal haya invocado el DPOAHC (se requiere una copia de la orden si *no* fue invocado en Exeter Hospital)
- **Podría enviar esta solicitud para la divulgación de expedientes médicos al Departamento de administración de la información médica (HIM) por correo postal, entrega en mano, correo electrónico a HIMROI@ehr.org o por fax al 603-580-6598. Si tiene preguntas adicionales o necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con la oficina de HIM llamando al 603-580-6228.**

