



AUTORIZACIÓN PARA USAR/DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ MR (a completar por el personal) _____
 Teléfono _____ Domicilio _____ E-mail _____

Prefiero recibir estos registros por: Fax CD Papel E-mail

<p>DIFUNDIR LOS REGISTROS MÉDICOS DE;</p> Nombre del establecimiento _____ Departamento _____ Punto de Contacto _____ Dirección _____ Ciudad/Estado/Código postal _____ Teléfono _____ Fax _____	<p>DIVULGAR LOS REGISTROS MÉDICOS A:</p> Nombre del establecimiento _____ Departamento _____ Punto de Contacto _____ Dirección (o dirección de e-mail) _____ Ciudad/Estado/Código postal _____ Teléfono _____ Fax _____
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ESTOY SOLICITANDO LOS REGISTROS MÉDICOS DE LAS SIGUIENTES FECHAS:

DE: _____ A: _____

<input type="checkbox"/> Resumen de los registros médicos <input type="checkbox"/> Notas/hallazgos clínicos ambulatorios <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio/patología <input type="checkbox"/> Diapositivas/Bloques de patología <input type="checkbox"/> Informes de imágenes (Radiografías, resonancias magnéticas) <input type="checkbox"/> Imágenes <input type="checkbox"/> Cintas de ecocardiogramas <input type="checkbox"/> Electrocardiograma <input type="checkbox"/> Comunicación verbal con el médico/profesional a cargo del cuidado del paciente	<input type="checkbox"/> Notas de operación <input type="checkbox"/> Historia/examen físico <input type="checkbox"/> Resumen de dada de alta <input type="checkbox"/> Informes de consultas <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Fotos <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Citas/Turnos <input type="checkbox"/> Otro (especificar a continuación): _____
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Coloque sus iniciales para divulgar la siguiente información</p> _____ Notas psicológicas/psiquiátricas/trabajo social _____ Evaluaciones y resultados psicológicos _____ Pruebas genéticas _____ Informes HIV/STD _____ Resultados de drogas/alcohol _____ Encuentro con adolescentes <p>Tenga en cuenta que si solicita Encuentro con adolescente, necesita la firma del menor de edad _____</p>

<p>OBJETIVO DE LA DIVULGACIÓN (por favor especificar)</p> <input type="checkbox"/> Continuación de la atención con otro médico u hospital <input type="checkbox"/> Traslado de la atención <input type="checkbox"/> Copia personal <input type="checkbox"/> Otro: _____

<p>FECHA O EVENTO DE CADUCIDAD</p> <p>(Si se deja en blanco, esta autorización caduca 90 días después de la fecha en la que se colocó la firma) Especifique una fecha o un evento: _____</p>

ESTA SECCIÓN SOLO DEBE COMPLETARSE AL AUTORIZAR EL ACCESO DE OTRA PERSONA A MI INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Estoy solicitando que los siguientes individuos tengan autorización para solicitar mis turnos, acceder a la información listada anteriormente y a recibir información detallada sobre mi tratamiento.

Nombre: _____ Relación: _____ Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Nombre: _____ Relación: _____

AUTORIZACIÓN:

- 1) Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a la organización "DE" indicada más arriba.
- 2) Comprendo que al revocar la autorización no se afecta la divulgación hecha antes de la revocación recibida y en proceso.
- 3) Comprendo que la información divulgada puede volver a difundirse y no estar protegida por las regulaciones federales o estatales.
- 4) Tengo el derecho a revisar o copiar la información que se va a utilizar de la manera que lo permite la ley federal.
- 5) Puedo rehusarme a firmar esta autorización y esto es estrictamente voluntario.
- 6) Si no firmo este formulario, el cuidado de mi salud y el pago de mi cuidado de salud no se verán afectados.
- 7) Si esta autorización la generó el proveedor, recibiré una copia de este formulario después de firmarlo.

<p>HONORARIOS: comprendo que habrá costos asociados con este pedido en cumplimiento con las leyes de derechos de reproducción de documentos federales y estatales. _____ (firme con sus iniciales)</p>

Firma del paciente/tutor/representante _____ Fecha _____

Nombre (letra de imprenta) del paciente/tutor/representante _____ Relación con el paciente _____



AUTORIZACIÓN PARA USAR/DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Instrucciones para completar el formulario:

- Complete el nombre del paciente, la fecha de nacimiento y el número de teléfono. La sección MR será completada por el personal de HIM.
- Seleccione la manera en la que desea recibir los registros de información, marcando uno de los casilleros. Si no selecciona ningún casillero, le enviaremos los registros por correo a usted.
- Difundir los registros médicos DE: lista las instalaciones desde donde los registros se divulgarán
- Divulgar los registros médicos A: lista las personas/instalaciones que deben recibir los registros
- La sección "Estoy solicitando los registros médicos de las siguientes fechas", identifica las fechas específicas de los registros que está solicitando.
- En el cuadro de más abajo identifique los registros específicos que está solicitando
- Para "Resumen de los registros médicos":
 - Resumen de internación incluye: historia clínica y exámenes físicos, consultas, informes de operación, estudios de diagnóstico, resumen de dada de alta, informe de la sala de emergencias
 - Resumen de atención ambulatoria incluye: todas las notas del progreso de cada división clínica, estudios de diagnóstico clave, informes de la sala de emergencia, informes de operación, resumen de dada de alta
- Debe colocar sus iniciales para divulgar la siguiente información: Sólo recibirá copias de estos tipos de informe si coloca las iniciales. Si solicita un encuentro con un adolescente, se requiere la firma del menor de edad.
- Objetivo de la divulgación: por favor especifique por qué está solicitando los registros
- Fecha de caducidad o evento: por favor especifique una fecha de caducidad o un evento en el cual esta autorización caducará. Si se deja en blanco, esta autorización caducará en 90 días.
- En sección que autoriza a otros individuos a acceder a información de salud protegida, por favor liste el nombre de la persona y la relación con el paciente (por ejemplo, use esta sección para pacientes mayores de 18 años que estén autorizando a sus padres a acceder a la información de salud protegida.
- Por favor revise la sección Autorización, firme y escriba con letra de imprenta su nombre, escriba la fecha, y su relación con el paciente. Si el paciente tiene 18 años (o es mayor de 18 años) debe firmar la autorización.
- Nota: Los honorarios se calculan por página.

Los registros solicitados con el fin de continuar la atención se pueden enviar directamente al proveedor, sin cargo.

Envíe el formulario completo por Fax a:

Delaware Valley: (302) 651-4480

Pensacola, FL: (850) 505-4710

Jacksonville, FL: (904) 697-3692

Nemours Children's Hospital, FL: (407) 650-7399

Envíe el formulario completo por e-mail (a cualquier localidad) a: patientrecords@nemours.org.

Puede registrarse en **My Nemours**, un sitio de la web seguro, confidencial y fácil de usar que les brinda a los pacientes y sus familias acceso a ciertas partes de los registros médicos las 24 horas del día. Este programa gratuito se ha diseñado para ayudar a los pacientes y las familias a manipular y recibir información de salud importante. Para registrarse o para obtener más información de MyNemours, por favor, visite www.Nemours.org/mynemours, o llame al 877-696-3668, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (hora del este de los Estados Unidos).

Leyenda:

HIV: Virus de inmunodeficiencia humana

STD: Enfermedad de transmisión sexual