

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

Doy mi permiso para compartir información protegida sobre mi salud. Por favor, indique de dónde desea que se envíe la información, y a quién desea que se le envíe.

De: Nombre: _____ **A:** Nombre: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Propósito: Atención médica Seguro Asunto legal Personal Escuela Transferencia de cuidado médico

Información a ser develada.

Autorizo a la develación de la siguiente información:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abstracto de récords médicos/
fechas _____
(ej.: Historial y físicos, Reporte sobre
operaciones, consultas, resultados de
pruebas, sumario de alta) | <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología en CD |
| <input type="checkbox"/> Récords de facturación | <input type="checkbox"/> Notas de oficina | <input type="checkbox"/> Reportes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Récords de cardiología | <input type="checkbox"/> Reportes de operaciones | <input type="checkbox"/> Reportes de radiación |
| <input type="checkbox"/> Récords de sala de emergencia | <input type="checkbox"/> Reportes de patología | <input type="checkbox"/> Servicios de rehabilitación |
| | <input type="checkbox"/> Otros (especificar abajo) | |

Récords de fechas específicas: de _____ hasta _____

Información confidencial a ser revelada:

Por favor indique **SÍ** para indicar que usted da permiso para revelar la siguiente información, de existir en su récord:

- SÍ Resultados de pruebas relacionadas al VIH/SIDA (LA AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE ES REQUERIDA PARA CADA PEDIDO DE REVELACIÓN) ESPECIFICAR FECHAS:** _____
- SÍ Resultados de pruebas de evaluación genética (ESPECIFIQUE EL TIPO DE PRUEBA)** _____
- SÍ Récords de tratamiento por abuso de alcohol y drogas** protegido por reglas federales sobre la confidencialidad 42CFR Parte 2 (LAS REGLAS FEDERALES PROHIBEN TODA REVELACIÓN ADICIONAL DE ESTA INFORMACIÓN, EXCEPTO SI LAS REVELACIONES ADICIONALES SON EXPRESAMENTE PERMITIDAS POR CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA PERSONA A QUIEN PERTENECE, O DE ACUERDO A LO PERMITIDO POR LA REGLA 42 CFR, PARTE 2). Este consentimiento puede ser revocado verbalmente o por escrito.
- SÍ Otro(s):** Por favor, listar: _____
- SÍ** Detalles de diagnósticos sobre la salud mental y/o de tratamiento provisto por un psiquiatra, psicólogo, enfermero clínico especialista en salud mental, o por un médico clínico licenciado en salud mental (LMHC, por sus siglas en inglés). (*Entiendo que mi permiso puede no ser necesario para revelar mis récords sobre mi salud mental por propósito de pago*). **(EXCLUYE NOTAS DE PSICOTERAPIA)**.
- SÍ** Comunicaciones confidenciales con un trabajador social licenciado
- SÍ** Detalles sobre consejería de víctimas de violencia doméstica
- SÍ** Detalles sobre consejería de asalto sexual

Formato de los récords: Copias físicas (impresas u otras) Electrónicas (CD)

Es posible que haya un cargo por el copiado y envío de los récords. Se me informará el costo antes de que sean enviados / recibidos.

Método de envío: Por correo a la entidad receptora indicada arriba Lo recogeré yo
 El designado lo recogerá (especificar abajo) Otro _____

Wentworth-Douglass

HIPAA

**AUTORIZACIÓN PARA LA DEVELACIÓN DE
INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD**



R10020

8402-03MR
Rev. 02/19/19

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

A ser completado si el Designado recogerá los récords:

Permito que _____, mi designado, recoja los récords médicos identificados arriba ya que yo
Nombre Impreso
no puedo hacerlo personalmente.

- Una sola vez – una vez que mi designado recoja mis datos médicos, dicha persona no está autorizada a recoger más información sobre mi salud, salvo que yo firme otra copia de este documento.
- Indefinidamente – mi designado podrá recoger mis récords médicos hasta que yo revoque esta autorización, o hasta que este formulario de autorización (*PHI Release*) deje de tener vigencia, o yo la revoque.

- PUEDO REHUSAR FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN. Wentworth-Douglass Hospital, y sus entidades afiliadas, no se negarán a tratarme en base a mi rechazo de firmar esta Autorización, salvo que el único propósito del tratamiento pedido sea para generar datos para ser develados a alguien más. Por ejemplo, el Hospital pudiese rehusar hacerme un examen físico de pre-empleo si yo me negara a autorizar la develación de la información obtenida durante dicha revisión a mi empleador.
- Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento, por escrito, a excepción de cualquier develación que ya hubiese sido hecha antes de su revocación. Su revocación por escrito entrará en vigencia al nosotros recibirla. Si usted está otorgando esta Autorización para obtener cobertura de seguro, puede que usted no tenga el derecho a revocarla en el futuro, en la medida que concierna al derecho del asegurador, por ley, a oponerse a una reclamación bajo su póliza de seguro. Si usted desea revocar esta Autorización, por favor envíe su solicitud por escrito a: **Wentworth-Douglass Hospital, Attn: Medical Information Department, 789 Central Avenue, Dover, NH 043820.**
- Entiendo que si autorizo la develación de información protegida sobre mi salud, quien la recibe pudiese volverla a develar, caso en el cual es posible que ya no continúe estando protegida por la ley Federal.
- Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o de recibir una copia de la información a la que estoy consintiendo sea develada, de acuerdo a las pólizas establecidas por Wentworth-Douglass Hospital y sus entidades afiliadas.
- La validez de esta autorización vencerá automáticamente a **los 12 meses de haber sido firmada**, salvo que quede limitada a la siguiente fecha o evento: _____.

Nombre impreso	Firma del paciente o de su representante o tutor legal (Solo se acepta la firma legal manuscrita)	Fecha
----------------	---	-------

Autoridad o relación/parentesco del representante (*Adjuntar copia de la documentación que corrobore la autoridad*)
AUTORIDAD: este formulario es diseñado para cumplimentar con la regulación CFR 45 Sec. 164.508
 Una copia de esta autorización debe ser provista al paciente.

For Hospital Patient Transfer:
 Request Processed and Records Sent with Patient By: Staff Initials _____ Date _____

For Medical Information use only:
 Patient picked up Mailed to patient Mailed to receiving entity Other _____ Date _____


Completed By: Staff Initials _____ Date _____

A copy of this signed authorization has been included with the records provided to the patient.

For Designees/Patients picking up records only (signature will be obtained by Medical Information at time of pick up):

Signature	Printed Name	Date
-----------	--------------	------

Wentworth-Douglass
 HIPAA
**AUTORIZACIÓN PARA LA DEVELACIÓN DE
 INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD**



8402-03MR
Rev. 02/19/19

RI0020