

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad, estado, código postal: _____ Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Por la presente autorizo y pido a St. Joseph's Health que revele información relacionada con el tratamiento en:

- SJH - Paterson SJH - Wayne Consultorio médico de SJH Clínica/Centro para Pacientes Ambulatorios de SJH Atención de Urgencia de SJH

LA INFORMACIÓN SE REVELARÁ A (RECEPTOR):

Marque si se revelará al paciente

Centro o persona: _____ Atención a: _____

Domicilio: _____

Ciudad, estado, código postal: _____ Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Fax: _____

LA INFORMACIÓN QUE SE REVELARÁ/OBTENDRÁ:

- RESUMEN DEL PACIENTE INGRESADO (incluye resumen del alta, historia y examen físico, consultas, reportes de operaciones, información clínica, según corresponda) PARA LAS FECHAS: _____
- EXPEDIENTE COMPLETO DEL PACIENTE INGRESADO PARA LAS FECHAS: _____
- EXPEDIENTE DEL PACIENTE AMBULATORIO PARA LAS FECHAS: _____

Especifique qué departamentos ambulatorios:

- Departamento de emergencias Operación ambulatoria Laboratorio Diagnóstico por imágenes/radiología
 Cardiología Fisioterapia Otro: _____

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:

Autorizo específicamente el uso o revelación de la siguiente información confidencial como lo indico con mis iniciales:

Escriba sus iniciales si se lo piden:

- ____ VIH/SIDA _____ Salud conductual _____ Tuberculosis _____ Salud reproductiva
 _____ Información genética _____ Consumo de alcohol/drogas _____ Infecciones de transmisión sexual

FORMATO DE LA INFORMACIÓN:

- Impreso CD entregado en la dirección arriba mencionada Recogerán el CD Correo electrónico (seguro)

Autorizo a la persona/organización arriba mencionada, o a los miembros de su personal, a dar la información arriba indicada incluyendo copias impresas o copias enviadas por fax de la información según se indica en esta autorización. Además, acepto libera al centro y a sus empleados y agentes de toda responsabilidad que pueda surgir de la revelación de la información aquí pedida.

Entiendo que puedo revocar esta autorización para revelar información por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya actuado en función de la misma. Entiendo que esta autorización vencerá el _____. Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá en 90 días.

Entiendo que la autorización para la revelación de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios. Entiendo que cualquier revelación de información conlleva el potencial de una nueva revelación no autorizada y la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad.

X _____
 Firma del paciente o representante legal

 Fecha / hora

X _____
 Si lo firma el representante legal, relación con el paciente

AVISO AL RECEPTOR DE LA INFORMACIÓN

PROHIBICIÓN DE NUEVA REVELACIÓN: Esta información le ha sido revelada a partir de expedientes cuya confidencialidad puede estar protegida por leyes federales o estatales. Si los expedientes están protegidos de esa manera, la Reglamentación Federal (CRF 41, Parte 2) le prohíbe hacer más revelaciones si se permite expresamente mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permita CFR 42, Parte 2. Una autorización general para la revelación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar penalmente o enjuiciar a un paciente con diagnóstico de abuso de alcohol o drogas



RI0100

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Después de recibir la petición adecuada por escrito, todas las solicitudes se procesarán de acuerdo con N.J.A.C. 8:43G-15.3

LISTA DE CARGOS PARA OTRAS PETICIONES:

- Se darán fotocopias del expediente a un cargo único de \$0.12 por página
- Se darán copias electrónicas por un cargo fijo de \$6.50
- Se darán copias híbridas (parte por vía electrónica/parte impresa) a un cargo fijo de \$6.50, más \$0.07 por página correspondiente
- \$30.00 por CD para peticiones de radiología, más \$10.00 por honorarios profesionales y procesamiento; sin cargo por solicitud inicial

LA LISTA DE CARGOS ARRIBA MENCIONADA NO ES APLICABLE PARA LO SIGUIENTE:

- 1. Expedientes enviados por correo directamente a un médico/centro de atención médica**
 El centro enviará las copias de los expedientes pedidos directamente por correo a un médico/centro de atención médica sin cargo para el paciente.

- 2. Caso de emergencia médica (expedientes necesarios para atención médica dentro de un período de 48 horas o menos)**
 Es necesario el consentimiento por escrito del paciente/representante del paciente.
 Se programará una hora para recoger los expedientes o se pueden enviar por fax por petición directa del médico de atención directa.
 Para la transacción arriba mencionada, se debe incluir el nombre del médico, la dirección, el teléfono, el número de fax (si corresponde) y la hora de la cita.

- 3. Abogado, compañías de seguros, Compensación de los trabajadores y otras agencias**
 Se aplicarán los estatutos regulatorios para los cargos de búsqueda y los cargos por página, incluyendo un cargo máximo por ingreso/encuentro de \$50

FOR DEPARTMENT USE ONLY

If the patient is a minor, a parent, next of kin or legal guardian must sign the authorization with the following exceptions and as prohibited by law:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> The minor is pregnant | <input type="checkbox"/> The minor is married | <input type="checkbox"/> The minor is emancipated (court determined) |
| <input type="checkbox"/> The treatment is a stated funded mental health service | <input type="checkbox"/> The treatment is for Drug and/or Alcohol Abuse | |
| <input type="checkbox"/> The treatment is for Sexually Transmitted Disease | <input type="checkbox"/> The treatment is for AIDS or HIV | |

IDENTIFICATION VERIFIED VIA:

- Driver's License Other: _____

IF COPIES ARE HANDED, OBTAIN SIGNATURE BELOW:

Signature: _____ Date/Time: _____