

Autorización para la Divulgación de Información de Salud Protegida

Doy mi autorización para que las siguientes localidades:

☐ ChristianaCare Hospital, West Grove Campus

puedan divulgar la información del registro de:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono del Paciente: _____

la información será divulgada a las siguientes entidades o personas:

Organización Médica/Persona que recibirá los registros _____

Teléfono: _____ Fax/Correo electrónico: _____

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Yo he sido un paciente en sus instalaciones médicas o soy el representante autorizado del paciente. Entiendo que las instalaciones tienen información médica protegida de mi o de la persona a la que represento. Entiendo que el tratamiento que reciba no será afectado de ninguna manera ya sea que firme o no firme esta forma. La instalación médica no puede requerir que yo firme la autorización para que yo pueda recibir tratamiento.

Marque los tipos de registro que desea autorizar:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Expediente clínico completo | ☐ Examen Físico e Historial Médico | ☐ Órdenes del Doctor |
| ☐ Resumen del Alta del Paciente | ☐ Registro de la administración de medicamentos | ☐ Reportes de Progreso del Dr. |
| ☐ Laboratorio/Reportes/Pruebas | ☐ Evaluación Psiquiátrica/Psicológica | |
| ☐ Reporte del ECG | ☐ Reporte de Radiología | |
| ☐ Notas de la Enfermera | ☐ Reporte de Patología | |
| ☐ Reporte del Dpto. de Emergencia | ☐ Abstracto (<i>historia/examen físico, consultas, exámenes de laboratorio, ECGs, sala de operaciones, resúmenes del alta, reportes de sala de emergencia</i>) | |
| ☐ Reportes de las consultas | ☐ Facturación u otros registros de negocio (<i>describa</i>): _____ | |
| ☐ Otro (<i>describa</i>): _____ | | |

Información de VIH, salud mental y drogas/alcohol contenida en parte de los registros indicados previamente será divulgada como parte de esta autorización a menos que se indique lo opuesto.

No Divulgue lo siguiente:

- | | | |
|---|------------------------------|---|
| ☐ Drogas/Alcohol | ☐ VIH | ☐ Salud Mental (Psiquiatría) |
|---|------------------------------|---|

Razón de su solicitud:

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| ☐ Continuación de tratamiento | ☐ Empleador | ☐ Aseguradora ☐ Estudios/Investigación |
| ☐ Legal | ☐ Discapacidad | ☐ No deseo compartir la razón |
| ☐ Otro: _____ | | |

Fechas de servicio de los registros que solicita: _____

Esta autorización expira en seis meses o: _____

Autorización para la Divulgación de Información de Salud Protegida

La ley requiere que toda divulgación de registros sea acompañada por una declaración de divulgación. El propósito de la divulgación de mis registros esta estipulada en esta forma. Solamente se divulgarán los tipos de registro que se han pedido en esta forma.

Doy por entendido que esta autorización puede ser anulada en cualquier momento, con la excepción del punto al cual ChristianaCare Neighborhood Hospital ha tomado acción en dependencia a este o hasta el punto en que previamente se ha divulgado conforme al AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA para el Tratamiento, el Pago y/o las Operaciones de Negocio. Una foto copia o facsímil de esta autorización será considerada válida a menos que se especifique de la manera opuesta. También doy por entendido y estoy de acuerdo en que esta autorización expirará conforme a lo establecido previamente a menos que yo anule esta autorización por escrito y la entregue al Oficial de Privacidad. La anulación de mi autorización puede ocasionar que mi compañía de seguros no pueda pagar por mis gastos médicos, y entiendo que en esa situación yo seré responsable por el pago de mi reclamo. Doy por entendido que los destinatarios pueden llegar a redivulgar la información que yo había autorizado que ellos recibieran, y que la información ya no será protegida bajo las regulaciones federales de privacidad. Si yo no puedo físicamente firmar, puedo otorgar autorización verbalmente si es que hay dos testigos presentes del personal del hospital.

Firma del Paciente o Representante _____ Fecha _____ Hora _____

Si es usted es representante, declare la relación y la autoridad bajo la que actúa _____

****Si la autoridad bajo la que se actúa es Poder Notarial, debe incluir la documentación de comprobación con esta solicitud****

Identidad del solicitante ha sido verificada vía _____ Identificación con foto _____ Firmas que corresponden
_____, Otro, Especifique _____

Firma del Testigo _____ Fecha _____ Hora _____

Firma del Testigo _____ Fecha _____ Hora _____

Todas las solicitudes de divulgación de información deben ser enviadas directamente a la localidad correspondiente. Debe contactar a la oficina del proveedor directamente para obtener el número de fax. A continuación, se encuentra la información para cada hospital.

ChristianaCare Hospital
West Grove Campus
Attn: Medical Records Dept.
1015 West Baltimore Pike
West Grove, PA 19390
Teléfono: 484-899-9930
Fax: 484-899-9971