

SOLICITUD PARA OBTENER O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____
 Nombre de soltera/Otros nombres: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 N.º de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Por la presente, solicito que Hospital for Special Care:

- Divulgue** información de mis registros médicos a la parte que se menciona a continuación y se adjunta **(poner las iniciales a cada parte adicional)**
- Me gustaría obtener una copia de la información de mi historia clínica.**
- Obtenga** información de mi historia clínica de la parte que se menciona a continuación

Parte que recibirá registros médicos de HFSC o divulgará información a HFSC [ESCRIBA CON LETRA LEGIBLE]

Nombre/Persona de contacto: _____ Departamento (si corresponde): _____
 Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 N.º de teléfono: _____ N.º de FAX: _____
 Correo electrónico: _____ Relación con el/la paciente: _____

Método de divulgación/formato solicitado:

- Papel FAX Recoger en el centro **(no podemos proporcionar CD ni memorias USB, ni tampoco recibirlas)**
- Correo electrónico seguro* Marque si prefiere recibir los registros médicos en su correo electrónico personal sin cifrado y comprende los riesgos de seguridad. *Los registros médicos se enviarán en papel a menos que se solicite lo contrario.*

Objetivo de compartir información: Seguro Legal Médico/Continuidad de la atención Indemnización laboral SSA/Beneficios por discapacidad Beneficios para veteranos Personal/Otro _____

Fecha(s) de los servicios brindados o rango de fechas que abarca esta solicitud:

Tipo de información que se compartirá:

- Resumen de historia clínica (historial y exámenes físicos, informe del alta, informes de consultas, informes de procedimientos, resultados de análisis de laboratorio, informes de radiología y de patología) El resumen incluirá registros de los últimos 6 meses, salvo que se especifique lo contrario.
- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Informe del alta | <input type="checkbox"/> Resumen/notas de visitas externas/en la clínica |
| <input type="checkbox"/> Historial y exámenes físicos | <input type="checkbox"/> Notas de terapia del habla/fisioterapia/terapia ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Informe(s) operativo(s)/de procedimientos | <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas - especificar si es prueba de la función pulmonar, prueba cardíaca/de esfuerzo, ecocardiograma/ECG, etc. |
| <input type="checkbox"/> Informe(s) de consultas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos | <input type="checkbox"/> Historial de vacunas |
| <input type="checkbox"/> Informe de anatomía patológica | <input type="checkbox"/> Notas sobre psicología/salud conductual |
| <input type="checkbox"/> Extensiones de anatomía patológica (procesadas fuera de HFSC) | <input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de neuropsicología para pacientes externos |
| <input type="checkbox"/> Resultados de análisis de laboratorio | <input type="checkbox"/> Radiografías (procesadas fuera de HFSC) |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiología | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Factura detallada | |
- Historia clínica completa (incluye todo lo anterior, además de notas de enfermería, notas de auxiliares de enfermería, todas las pruebas y consentimientos, y excluye los diagramas de flujo de enfermería salvo que se soliciten específicamente).

NO AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LOS SIGUIENTES REGISTROS:

- Abuso de alcohol, drogas o sustancias Salud conductual Pruebas genéticas Enfermedad de transmisión sexual VIH
- Otro _____

Menores de edad: El padre/la madre o el tutor legal del/de la paciente debe firmar esta autorización si el/la paciente es menor de edad (menor de 18 años) o tiene un tutor legal. Si un/a menor de edad (de 13 años o más) recibe tratamiento por VIH, abuso de sustancias, embarazo/control de la natalidad o enfermedades de transmisión sexual sin el consentimiento de los padres, el/la menor debe firmar este formulario para esos registros. Si un/a paciente es menor de edad (de 16 años o más) y recibió tratamiento por salud conductual sin el consentimiento de los padres, el/la menor debe firmar este formulario para esos registros. Los menores emancipados (de 16 años, con emancipación ordenada por un tribunal) pueden firmar este formulario para la divulgación de todo tipo de registros médicos.

** HFSC advierte contra la entrega de información de manera electrónica usando métodos que no pueden asegurarse mediante cifrado (tales como dirección de correo electrónico personal, unidad USB sin cifrado, etc.).*

Firma del/de la paciente (o representante autorizado) Nombre en letra de imprenta Fecha

- Marque si el/la paciente no puede firmar debido a limitaciones físicas

[Este formulario es válido durante un año a partir de la fecha de la firma]

Relación con el/la paciente: Paciente Padre/madre Tutor legal Curador Representantes para asuntos de atención médica Albacea/administrador del acervo hereditario Otro (se debe proporcionar documentación)

- Si lo solicito, me entregarán una copia de este formulario.
- Puede haber un cargo razonable basado en el costo de las copias de mis registros médicos/de facturación, tal como dispone la ley.
- Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Para ello, debo notificar al Departamento de Gestión de la Información de Salud por escrito, y la revocación entrará en vigencia a partir de la fecha en que se notifique a HFCS, salvo que ya se haya tomado una medida en base a esta autorización.
- Comprendo que la información divulgada por HFCS conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario, en cuyo caso es posible que ya no siga protegida por las normas de privacidad federales. No obstante, otras leyes pueden prohibirle al destinatario que divulgue ciertos registros, entre ellos registros de tratamiento de VIH/SIDA, de abuso de sustancias o de salud mental.
- Comprendo que no estoy obligado/a a firmar este formulario para recibir o seguir recibiendo tratamiento en HFCS, salvo que un tercero le haya solicitado a HFCS crear información médica únicamente a los fines de proporcionar esa información al tercero (como, por ejemplo, una evaluación de indemnización laboral).

Aviso para los destinatarios de registros médicos –

Si esta información contiene información relativa a tratamiento de VIH, salud conductual, abuso de alcohol, drogas y/o sustancias, se aplicará lo siguiente:

Esta información se le ha proporcionado a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley. Las regulaciones federales (Título 42 del CFR Parte 2) y las Leyes Generales de Connecticut (Capítulo 368x) le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a quien le pertenece, o como lo permitan de cualquier otro modo dichas leyes. Una autorización general para la divulgación de información psiquiátrica o sobre abuso de sustancias NO es suficiente para este fin.

Entregar el formulario completado a:

Release of Information – HIM Department (Divulgación de información - Departamento de HIM)

Fax: 860-827-4837

Hospital for Special Care
2150 Corbin Avenue
New Britain, CT 06053

Correo electrónico: ROI@hfsc.org

Destinatarios adicionales (iniciales de la parte o del solicitante autorizado):

Parte que recibirá registros médicos de HFSC o divulgará información a HFSC [ESCRIBA CON LETRA LEGIBLE]

Nombre/Persona de contacto: _____ Departamento (si corresponde): _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N.º de teléfono: _____ N.º de FAX: _____

Correo electrónico: _____ Relación con el/la paciente: _____

Método de divulgación/formato solicitado:

Papel FAX Recoger en el centro (no podemos proporcionar CD ni memorias USB, ni tampoco recibirlas)

Correo electrónico seguro* Marque si prefiere recibir los registros médicos en su correo electrónico personal sin cifrado y comprende los riesgos de seguridad. **Los registros médicos se enviarán en papel a menos que se solicite lo contrario.**

Parte que recibirá registros médicos de HFSC o divulgará información a HFSC [ESCRIBA CON LETRA LEGIBLE]

Nombre/Persona de contacto: _____ Departamento (si corresponde): _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
N.º de teléfono: _____ N.º de FAX: _____
Correo electrónico: _____ Relación con el/la paciente: _____

Método de divulgación/formato solicitado:

- Papel FAX Recoger en el centro **(no podemos proporcionar CD ni memorias USB, ni tampoco recibirlas)**
 Correo electrónico seguro* Marque si prefiere recibir los registros médicos en su correo electrónico personal sin cifrado y comprende los riesgos de seguridad. *Los registros médicos se enviarán en papel a menos que se solicite lo contrario.*

Parte que recibirá registros médicos de HFSC o divulgará información a HFSC [ESCRIBA CON LETRA LEGIBLE]

Nombre/Persona de contacto: _____ Departamento (si corresponde): _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
N.º de teléfono: _____ N.º de FAX: _____
Correo electrónico: _____ Relación con el/la paciente: _____

Método de divulgación/formato solicitado:

- Papel FAX Recoger en el centro **(no podemos proporcionar CD ni memorias USB, ni tampoco recibirlas)**
 Correo electrónico seguro* Marque si prefiere recibir los registros médicos en su correo electrónico personal sin cifrado y comprende los riesgos de seguridad. *Los registros médicos se enviarán en papel a menos que se solicite lo contrario.*

Parte que recibirá registros médicos de HFSC o divulgará información a HFSC [ESCRIBA CON LETRA LEGIBLE]

Nombre/Persona de contacto: _____ Departamento (si corresponde): _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
N.º de teléfono: _____ N.º de FAX: _____
Correo electrónico: _____ Relación con el/la paciente: _____

Método de divulgación/formato solicitado:

- Papel FAX Recoger en el centro **(no podemos proporcionar CD ni memorias USB, ni tampoco recibirlas)**
 Correo electrónico seguro* Marque si prefiere recibir los registros médicos en su correo electrónico personal sin cifrado y comprende los riesgos de seguridad. *Los registros médicos se enviarán en papel a menos que se solicite lo contrario.*