



**AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA O SU DIVULGACIÓN**

**Paso 1.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 (Apellido) (Nombre) Inicial Nombre preferido del segundo nombre

Nombre de soltera/otros nombres: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Paso 2.**

**Por medio del presente documento solicito a Hospital for Special Care (Hospital para Atención Especial) que:**

**Divulgue mi registro médico A:**

**Obtenga información DE:**

Nombre/persona de contacto: \_\_\_\_\_ Departamento (si corresponde): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ N.º FAX: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Paso 3.**

**Motivo para compartir la información:**

- Deseo una copia de mi registro médico
- Legal
- Indemnización por accidente de trabajo
- Seguro
- Personal/Otro \_\_\_\_\_

- Atención Médica/Continuidad de la atención
- Discapacidad
- Beneficios de la Seguridad Social/por discapacidad
- Beneficios para veteranos

**Paso 4.**

**Método de divulgación/formato:**

- Portal del paciente Follow My Health (seguimiento a mi salud)
- Impreso
- Recoger en el sitio, indique cómo desea ser contactado cuando esté listo para que lo recojan: \_\_\_\_\_
- Correo electrónico seguro\* \* HFSC no recomienda el envío de información por vía electrónica usando métodos que no pueden asegurarse mediante encriptación (tales como direcciones de correo electrónico personales, etc.).
- Correo
- FAX

**Paso 5.**

**Fecha(s) de servicio o rango de fechas abarcadas por la presente solicitud:**

**Admisión completa** o  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

[El formulario es válido durante un año desde la fecha de la firma a menos que usted especifique una fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_]  
 Fecha de vencimiento



## Paso 6.

### Tipo de información a compartir:

- Resumen del registro médico** (Historia y exámenes médicos, resumen de alta, informes de consulta, informes de procedimientos, resultados de laboratorio, informes de radiología y patología) El resumen incluirá los registros de los 6 últimos meses a menos que se especifique lo contrario.
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta   | <input type="checkbox"/> Resumen/notas de consulta ambulatoria/clínica  |
| <input type="checkbox"/> Historia y examen(es) físicos                               | <input type="checkbox"/> Notas de terapia del habla/fisioterapia/terapia ocupacional  |
| <input type="checkbox"/> Informe(s) de procedimiento/operativo                       | <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas, especificar las pruebas de función pulmonar, cardíacas/de esfuerzo, ecocardiograma/electrocardiograma, etc. _____ |
| <input type="checkbox"/> Informe(s) de consulta                                      | <input type="checkbox"/> Registro de vacunación   |
| <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos                                       | <input type="checkbox"/> Notas de psicología/salud conductual   |
| <input type="checkbox"/> Informe de patología  | <input type="checkbox"/> Resultados de exámenes neuropsicológicos ambulatoriais   |
| <input type="checkbox"/> Láminas de patología (procesadas de forma externa del HFSC) | <input type="checkbox"/> Placas de radiología (procesadas fuera del HFSC)   |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio                                   | <input type="checkbox"/> Factura detallada  |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiología                                      | <input type="checkbox"/> Otro:: _____   |

- Registro médico completo**

### DESEO EXCLUIR LOS SIGUIENTES REGISTROS DE LA DIVULGACIÓN:

- Abuso de alcohol, drogas o sustancias  Salud conductual  Pruebas genéticas  
 Enfermedades de transmisión sexual  VIH  Otro \_\_\_\_\_

**Menores de edad:** El padre/la madre o el tutor legal del paciente debe firmar esta autorización si el paciente es un menor de edad (menor de 18 años) o tiene un tutor legal. Si un menor de edad (de 13 años o más) recibe tratamiento para VIH, por abuso de sustancias, embarazo/control prenatal, o enfermedades de transmisión sexual sin el consentimiento parental, el menor debe firmar el presente formulario para esos registros. Si el paciente es un menor de edad (de 16 años o más) y ha recibido tratamiento de la salud conductual sin el consentimiento parental, el menor debe firmar el presente formulario para esos registros. Los menores emancipados (de 16 años de edad y con orden del tribunal) pueden firmar el presente formulario de divulgación de información para todos los tipos de registros médicos.



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

**Teléfono: 860-827-4863**  
**Fax: 860-827-4837**  
**www.hfsc.org**

- Si lo solicito, se me proporcionará una copia del presente formulario.
- Puede existir una tarifa razonable basada en el costo para las copias de mis registros médicos/de facturación, según lo estipulado por la ley.
- Entiendo que puede revocar la presente autorización en cualquier momento al notificarlo por escrito al Departamento de Gestión de Información Médica, y dicha revocatoria será efectiva a partir de la fecha de recepción por el HFSC salvo en la medida en que ya se hayan tomado acciones en virtud de esta autorización.
- Entiendo que la información que está siendo divulgada por el HFSC en virtud de la presente autorización puede estar sujeta a una divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por los reglamentos federales de privacidad. Sin embargo, las leyes le pueden prohibir al destinatario divulgar ciertos registros, tales como los registros de tratamiento de VIH/SIDA, de abuso de sustancias o de salud mental.
- Entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario para recibir o continuar el tratamiento en el HFSC, a menos que un tercero le haya solicitado al HFSC que genere información médica solo con el fin de proporcionar dicha información médica al tercero (como una evaluación de compensación de trabajadores).

**Notificación para el destinatario de los registros -**

Si esta divulgación contiene información relacionada con el VIH, la salud conductual, o el tratamiento por abuso de alcohol, drogas y/o sustancias, aplicará lo siguiente:

*Esta información le ha sido divulgada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley. Las Regulaciones Federales (Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Parte 2) y Leyes Generales de Connecticut (Ch. 368x) le prohíben divulgar esta información sin el consentimiento específico, por escrito, de la persona a la que pertenece, o según lo permitido por dichas regulaciones. Una autorización general para la divulgación de información psiquiátrica o sobre abuso de sustancias NO es suficiente para este propósito.*

**Regrese el formulario lleno a:**

**Divulgación de Información –**

**Departamento de Gestión de Información Médica (HIM, por sus siglas en inglés)**  
**Hospital for Special Care**  
**2150 Corbin Avenue**  
**New Britain, CT 06053**

**Fax: 860-827-4837**  
**Correo electrónico: [ROI@hfsc.org](mailto:ROI@hfsc.org)**

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Imprima el formulario y firme aquí >**

**Firma del paciente o del representante autorizado**

\*\* debe suministrar prueba de autoridad (excepto el padre/la madre de un menor)

**Marque la relación con el paciente**

Es el mismo paciente  Padre/madre  Tutor legal  Albacea/Administrador de la herencia  Representante de atención médica

Custodio  Otro representante legal autorizado (debe suministrar documentación)

\_\_\_\_\_  
 Nombre del menor en letra imprenta (cuando corresponda)      Firma del menor (cuando corresponda)      Fecha

Si el paciente no puede firmar debido a limitaciones físicas, anotar el nombre y el cargo/credenciales del miembro del personal que está obteniendo esta autorización.



## AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO INFORMACIÓN MÉDICA O SU DIVULGACIÓN (continuación)

### **Enumere los destinatarios adicionales (de haberlos):**

#### Parte que recibirá los registros del HFSC o divulgará información al HFSC

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 paciente: \_\_\_\_\_

Método/formato de divulgación solicitado:

Impreso  FAX  Recogerlo en el sitio

Correo electrónico seguro\* *\* HFSC desaconseja el envío de información por vía electrónica usando métodos que no pueden asegurarse mediante encriptación (tales como direcciones de correo electrónico personales, dispositivos USB no encriptados, etc.).*

#### Parte que recibirá los registros del HFSC o divulgará información al HFSC

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 paciente: \_\_\_\_\_

Método/formato de divulgación solicitado:

Impreso  FAX  Recogerlo en el sitio

Correo electrónico seguro\* *\* HFSC desaconseja el envío de información por vía electrónica usando métodos que no pueden asegurarse mediante encriptación (tales como direcciones de correo electrónico personales, dispositivos USB no encriptados, etc.).*

#### Parte que recibirá los registros del HFSC o divulgará información al HFSC

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 paciente: \_\_\_\_\_

Método/formato de divulgación solicitado:

Impreso  FAX  Recogerlo en el sitio

Correo electrónico seguro\* *\* HFSC desaconseja el envío de información por vía electrónica usando métodos que no pueden asegurarse mediante encriptación (tales como direcciones de correo electrónico personales, dispositivos USB no encriptados, etc.).*

#### Parte que recibirá los registros del HFSC o divulgará información al HFSC

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 paciente: \_\_\_\_\_

Método/formato de divulgación solicitado:

Impreso  FAX  Recogerlo en el sitio

Correo electrónico seguro\* *\* HFSC desaconseja el envío de información por vía electrónica usando métodos que no pueden asegurarse mediante encriptación (tales como direcciones de correo electrónico personales, dispositivos USB no encriptados, etc.).*