

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Nombre de pila, segundo nombre, apellido)

Dirección: _____ Número de teléfono: _____
(Número, calle, ciudad, estado, código postal)

Indique en qué centro de Virtua Health está solicitando la historia clínica. Para ello, marque la casilla correspondiente a continuación. Envíe su autorización completada en persona o por correo postal a la dirección indicada para ese centro.

MARQUE A CONTINUACIÓN	CENTRO DE VIRTUA	DIRECCIÓN
	Virtua Marlton Hospital	HIM/Medical Records Department 90 Brick Road, Marlton, NJ 08053
	Virtua Mount Holly Hospital	HIM/Medical Records Department 175 Madison Avenue, Mt. Holly, NJ 08060
	Virtua Voorhees Hospital	HIM/Medical Records Department 100 Bowman Drive, Voorhees, NJ 08043
	Virtua Our Lady of Lourdes Hospital	HIM/Medical Records Department 1600 Haddon Avenue, Camden, NJ 08103
	Virtua Willingboro Hospital	HIM/Medical Records Department 218 A Sunset Road, Willingboro, NJ 08046
	Virtua Health & Wellness Center - Camden	HIM/Medical Records Department 1000 Atlantic Avenue, Camden NJ 08104
	Virtua Health & Wellness Center - Berlin	HIM/Medical Records Department 100 Townsend Avenue, Berlin NJ 08009
	Virtua Home Care	523 Fellowship Road, Suite 250, Mount Laurel, NJ 08054
	Virtua Samson Cancer Center	HIM/Medical Records Department 350 Young Avenue Moorestown, NJ 08057
	Otro (indique el nombre del centro):	Envíe la autorización a la dirección del centro especificada. <i>*Si la solicitud de la historia clínica está relacionada con historias clínicas de los antiguos Centros de rehabilitación Virtua (Mount Holly o Berlin), envíe su solicitud a la siguiente dirección: HIM/Medical Record Department – 100 Bowman Drive, Voorhees NJ 08043.</i>

Propósito de divulgación de la PHI:

A petición mía
 Continuidad de la atención
 Legal
 Seguro
 Otro (explique): _____

Descripción de la PHI que se divulgará:

- Registros del Departamento de Urgencias (no hospitalizaciones) de las siguientes fechas: _____
 Registros de cirugía en el mismo día/ambulatoria de las siguientes fechas: _____
 Registros de admisión del paciente para hospitalización de las siguientes fechas: _____
 Registros de atención domiciliar de las siguientes fechas: _____
 Registros de atención a largo plazo de las siguientes fechas: _____
 Registros de atención ambulatoria de las siguientes fechas: _____

• Indique los departamentos ambulatorios donde solicita los registros:

Radiografías
 Fisioterapia
 Cardiovascular
 Laboratorio
 Consultorio médico
 Otros _____



NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Tipos de registros específicos que se divulgarán:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Informes operativos | <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> Consultas |
| <input type="checkbox"/> Informe de alta | <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> Indicaciones de proveedores |
| <input type="checkbox"/> Informe de Urgencias | <input type="checkbox"/> Radiología/Medicina nuclear | <input type="checkbox"/> Notas de proveedores |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicos | <input type="checkbox"/> Electrocardiogramas/Cardiología | <input type="checkbox"/> Todos los registros |
| <input type="checkbox"/> Otros (<i>describa</i>): _____ | | |

Divulgar la PHI a:

Nombre de la persona o institución: _____

Dirección: _____

Ciudad/estado/código postal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Autorización

Por la presente, autorizo a Virtua a divulgar la información médica descrita anteriormente. Comprendo que dicha divulgación puede incluir información más delicada, como las historias clínicas relacionadas con la salud mental o del comportamiento, trastornos por consumo de sustancias (abuso de drogas o alcohol), enfermedades o pruebas genéticas, enfermedades de transmisión sexual (ETS), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y servicios de atención médica reproductiva, incluidos, entre otros, el embarazo, la anticoncepción y la interrupción o pérdida del embarazo. Autorizo específicamente la divulgación de dicha información médica confidencial a la persona o institución indicada anteriormente.

Entiendo que mi autorización expirará automáticamente a los seis (6) meses de la fecha de la firma del presente formulario. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita ante el Departamento de Administración de Información Médica (historias clínicas) en el centro de Virtua que se indica anteriormente. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información médica que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.

Entiendo que esta autorización funciona como una exención de responsabilidad completa para los centros de Virtua que se indican anteriormente y sus administradores, empleados y agentes por la divulgación de la información médica tal como se describe anteriormente.

Comprendo que la información médica utilizada o divulgada en virtud de la presente autorización puede ser objeto de una nueva divulgación por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida por las leyes federales y/o estatales.

La firma de esta autorización es voluntaria y entiendo que Virtua no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para los beneficios a mi firma o negativa a firmar esta autorización. Al firmar a continuación, entiendo que estoy autorizando a Virtua a divulgar la información médica tal como se describe anteriormente.

Firma del paciente o de su representante legal (según corresponda) Fecha Hora

**Nombre del representante legal del paciente
(en letra de imprenta)**

**Parentesco con el paciente o declaración de la
autoridad para actuar en nombre del paciente (es
decir, cónyuge, padre, madre, tutor legal, persona
desempeñándose *in loco parentis*, etc.)**

Nota para el destinatario: Las historias clínicas que le han sido divulgadas en virtud de esta autorización pueden estar protegidas por las normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las normas federales le prohíben a usted hacer cualquier otra divulgación de esta historia clínica a menos que la divulgación posterior esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona cuya información está siendo divulgada en esta historia o esté permitida de otra manera por el 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito (véase § 2.31). Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar con respecto a un delito a cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, excepto lo dispuesto en las secciones §§ 2.12(c)(5) y 2.65.