

Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida

Nombre del paciente	Apellido	Nombre	Segundo nombre
Dirección del hogar			
Ciudad		Estado	Código postal
Teléfono del hogar		Fecha de nacimiento	
<input type="checkbox"/> Especifique qué información se divulgará: <input type="checkbox"/> Registro completo Fecha(s) o periodo del servicio: _____			
<input type="checkbox"/> Informe del alta <input type="checkbox"/> Reporte quirúrgico <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas <input type="checkbox"/> Instrucciones para el alta <input type="checkbox"/> Registro de la sala de emergencias <input type="checkbox"/> Electrocardiogramas (EKG/ECG) <input type="checkbox"/> Registros de medicamentos <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico <input type="checkbox"/> Informes de radiografías <input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso <input type="checkbox"/> Órdenes del médico <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Otros (especifique):			
Marque todos los centros que correspondan:			
<input type="checkbox"/> Inspira Medical Center Elmer 501 West Front Street Elmer, NJ 08318 856-363-1000			
<input type="checkbox"/> Inspira Medical Center Vineland 1505 West Sherman Avenue Vineland, NJ 08360 856-641-8000			
<input type="checkbox"/> Inspira Medical Center Woodbury 509 North Broad Street Woodbury, NJ 08096 856-845-0100			
<input type="checkbox"/> Inspira Health Center Bridgeton 333 Irving Avenue Bridgeton, NJ 08302 856-575-4500			
Mi información confidencial: La divulgación de mi información médica puede incluir la divulgación de información confidencial, lo que incluye las categorías que se indican a continuación. Especifique cualquier información que no desee que se divulgue a Inspira como parte de esta autorización. Selección inicial			
Sí	No		
		Autorizo la divulgación de mis resultados de ETS y pruebas de VIH/SIDA, ya sean negativas o positivas	
		Autorizo la divulgación de mi Información de salud mental	
		Autorizo la divulgación de mi Información sobre el consumo de drogas y alcohol	
<small>*Esta información se le ha divulgado a usted desde registros cuya confidencialidad está protegida por la Ley Federal (42CFR Parte 2), la cual le prohíbe llevar a cabo cualquier otra divulgación de dicha información sin el consentimiento por escrito específico de la persona a la cual le pertenece o de otra manera según lo permita dicha norma.</small>			
RECEPTOR (Nombre de la persona a quien Inspira Health Network puede divulgar mi información médica):			
Nombre:		Número de teléfono	Número de fax
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
PLAZO: Esta autorización permanecerá vigente por 180 días desde la fecha en que se firmó, a menos que se especifique a continuación:			
<input type="checkbox"/> Desde la fecha de esta autorización hasta: _____			
<input type="checkbox"/> Otra: _____			
PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN:			
<input type="checkbox"/> Uso personal del paciente <input type="checkbox"/> Envío a otro proveedor de atención médica <input type="checkbox"/> Cobertura médica <input type="checkbox"/> Instrucción del cuidador <input type="checkbox"/> Otro (especifique):			

AUTORIZACIÓN:

- Por la presente autorizo a Inspira Health Network a divulgar la información médica que se mencionó anteriormente.
- Entiendo que mi autorización expirará automáticamente ciento ochenta (180) días después de la fecha de la firma que figura en este formulario.
- Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, para cancelar esta autorización, debo hacerlo por escrito a: Oficina de Privacidad de Inspira Health Network a Inspira Health Network, 2950 College Drive Suite 1E, Vineland, NJ o por correo electrónico a privacyoffice@ihn.org.
- Entiendo que cualquier cancelación se hará efectiva inmediatamente después de que reciba mi notificación por escrito, excepto cuando la cancelación no tendrá efecto en ninguna acción que Inspira Health Network haya tomado en relación con esta Autorización antes de que se recibiera mi notificación de cancelación por escrito.
- Comprendo que, una vez que Inspira Health Network divulgue mi información médica al receptor, no puede garantizar que ese receptor no vuelva a divulgar mi información médica a un tercero. Es probable que el tercero no necesite cumplir con esta Autorización o con las leyes federales y estatales correspondientes que rigen el uso y la divulgación de mi información médica.
- Comprendo que puedo negarme a firmar (en cualquier momento) esta Autorización por cualquier motivo y que esa negación no afectará el inicio, la continuación ni la calidad de mi tratamiento en Inspira Health Network; a menos que mi tratamiento en Inspira Health Network tenga como único propósito crear información médica para divulgarla al receptor identificado en esta Autorización, en cuyo caso Inspira Health Network puede negarse a brindarme tratamiento si no firmo esta Autorización.

He leído y entiendo los términos de esta Autorización. Mediante mi firma a continuación, por la presente autorizo, de manera consciente y voluntaria, a Inspira Health Network a usar o divulgar mi información médica en la manera en que se describió anteriormente:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora _____

Si el paciente es menor de edad o si no puede firmar esta autorización, obtenga las siguientes firmas:

Firma del representante personal: _____

Descripción de la autoridad: _____ Fecha: _____ Hora _____

Para uso exclusivo del hospital: Se debe incluir una copia de esta Autorización en la historia clínica del paciente. Inspira Health Network debe proporcionar una copia del formulario de Autorización firmado al paciente o al representante.

Representante del hospital: _____ Fecha: _____ Hora _____