

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI) DE VIRTUA MEDICAL GROUP (VMG)

1. Información del paciente

Nombre completo del paciente

Fecha de nacimiento

Dirección del paciente (número, calle, ciudad, estado, código postal)

Número de teléfono del domicilio del paciente

2. La PHI será obtenida de:

Indique el nombre del consultorio de Virtua Medical Group (VMG) donde solicita la historia clínica. Envíe su autorización debidamente completada en persona o por correo postal a la ubicación del consultorio indicada a continuación.

Nombre del consultorio o del médico de VMG

Número de fax

Dirección (número, calle, ciudad, estado, código postal)

Número de teléfono

También solicito los registros de un consultorio adicional de VMG (indique el nombre del consultorio): _____

3. La PHI será proporcionada a:

Indique el nombre de la persona o institución a la que desea que se le envíen las historias clínicas solicitadas.

Nombre de la persona o institución

Número de fax

Dirección (número, calle, ciudad, estado, código postal)

Número de teléfono

4. Descripción de la PHI que se divulgará: (marque una casilla a continuación)

De rutina: 2 años de notas de evolución, 1 año de otras historias clínicas, incluidos los resultados de exámenes

Solo historias clínicas correspondientes a _____
Indique las afecciones, los tratamientos o el tipo de historias clínicas

Todas las historias clínicas, o todas las historias clínicas desde _____ hasta _____
Fecha Fecha

Todas las historias clínicas EXCEPTO: _____
Lista de excepciones

5. Propósito de la divulgación solicitada de la PHI:

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

Determinación de incapacidad Mudanza; Transferencia Indemnización a trabajadores

6. Formato de las historias clínicas:

Papel Electrónico (HealthMark Corp. enviará las instrucciones)

7. Notificación de cobro por copia:

La copia de las historias clínicas puede tener un cobro, ya que la mayoría de los consultorios de VMG utilizan un servicio de copias externo. Comuníquese con el consultorio donde está solicitando las historias para obtener más detalles.

8. Autorización:

Por la presente autorizo a VMG 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 noventa (90) días 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 por escrito en el consultorio de VMG donde presenté esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información médica que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. 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 VMG no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a mi firma o negativa a firmar esta autorización. Al firmar a continuación, entiendo que estoy autorizando a VMG a divulgar la información médica como se describe anteriormente.

9. Firma

**Firma del paciente o del representante legal del paciente
(según corresponda)**

Fecha

Nombre del testigo

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

**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 los §§ 2.12(c)(5) y 2.65.