

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

1. Información del/de la paciente

Nombre del/de la paciente

Fecha de nacimiento

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

Número de teléfono del domicilio del/de la paciente

2. La PHI se obtendrá del siguiente centro:

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/de la 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 se proporcionará al siguiente centro:

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 mi solicitud/uso personal ☐ Continuidad de la atención ☐ Asuntos legales ☐ Seguro ☐ Otro (explique): _____

☐ Determinación de discapacidad ☐ Cambio de domicilio; traslado ☐ 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, incluida la información protegida conforme a la Parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR) (Confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias), entendiéndolo que los registros relacionados con trastornos por consumo de sustancias están sujetos a protecciones federales especiales de confidencialidad.

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. Entiendo que la información médica utilizada o divulgada en virtud de la presente autorización puede ser objeto de una nueva divulgación por parte del/de la destinatario/a y puede dejar de estar protegida por las leyes federales y/o estatales. Sin embargo, entiendo que los registros relacionados con el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias que están protegidos por la Parte 2 del Título 42 del CFR no pueden ser redistribuidos por el/la destinatario/a sin mi consentimiento expreso por escrito o según lo permita la Parte 2 del Título 42 del CFR, y que una autorización general para divulgar información médica NO es suficiente para permitir la redistribución de información relacionada con trastornos por consumo de sustancias.

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/de la paciente o de su representante legal (según corresponda)	Fecha	Nombre del testigo
Nombre del/de la representante legal del/de la paciente (en letra imprenta)	Relación con el/la paciente o declaración de la autoridad para actuar en nombre del/de la paciente (es decir, cónyuge, padre, madre, tutor legal, persona desempeñándose <i>in loco parentis</i>, etc.)	

Nota para el/la destinatario/a: En la medida en que los registros que se le han divulgado conforme a esta autorización contengan información protegida por la Parte 2 del Título 42 del CFR (las normas federales sobre la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias), por medio de la presente se le notifica que la Parte 2 del Título 42 del CFR le prohíbe utilizar o divulgar este registro, o cualquier testimonio que describa la información contenida en él, en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos iniciados por autoridades federales, estatales o locales en contra del/de la paciente, salvo cuando exista el consentimiento de este/a, salvo según lo previsto en el Título 42 del CFR, Sección 2.12(c)(5), o cuando lo autorice un tribunal de acuerdo con el Título 42 del CFR, Sección 2.64 o Sección 2.65. Asimismo, las normas federales le prohíben realizar cualquier otro uso o divulgación de este registro, salvo que se cumpla al menos una de las siguientes condiciones: (i) el uso o la divulgación adicional esté expresamente permitido por el consentimiento escrito del individuo cuya información se está divulgando, o conforme a lo autorizado por la Parte 2 del Título 42 del CFR; (ii) usted sea una entidad cubierta o un socio comercial y haya recibido el registro para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; o (iii) usted haya recibido el registro de una entidad cubierta o un socio comercial, según lo permitido por la Parte 164 del Título 45 del CFR, Subpartes A y E. Se le advierte que una autorización general para divulgar información médica o de otro tipo NO es suficiente para cumplir con los requisitos de consentimiento escrito necesarios para permitir un uso adicional o la redistribución de este registro (consulte el Título 42 del CFR, Sección 2.31)

Virtua Health, Inc. y sus filiales cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Tenemos servicios gratuitos de asistencia lingüística disponibles. Llame al 1-888-VIRTUA3 o al 1-888-847-8823.