

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. *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.

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:

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

Otras Solicitudes Específicas: _____

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, incluida la información protegida por 42 CFR, Parte 2 (Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Trastornos por Uso de Sustancias), entendiendo que los registros relacionados con dichos trastornos están sujetos a protecciones especiales de confidencialidad según la ley federal.

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. Sin embargo, entiendo que los registros relacionados con el tratamiento de trastornos por uso de sustancias, protegidos por la ley federal 42 CFR, Parte 2, no pueden ser nuevamente compartidos por el destinatario sin mi consentimiento específico por escrito o salvo que lo permita 42 CFR, Parte 2; una autorización general para compartir información médica NO es suficiente para permitir la redistribución de la información relacionada con trastornos por uso de sustancias.

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.)**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Nota para el destinatario: En la medida en que los registros divulgados a usted conforme a esta Autorización contengan información protegida por el 42 CFR Parte 2 (las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Trastornos por Uso de Sustancias), por la presente se le notifica que el 42 CFR Parte 2 le prohíbe utilizar o divulgar este registro, o el testimonio que describa la información contenida en este registro, en cualquier procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo por cualquier autoridad federal, estatal o local, en contra del paciente, a menos que esté autorizado por el consentimiento del paciente, excepto según lo dispuesto en 42 CFR 2.12(c)(5) o según lo autorice un tribunal de conformidad con 42 CFR 2.64 o 2.65. Además, las normas federales le prohíben realizar cualquier otro uso o divulgación de este registro a menos que se aplique al menos una de las siguientes condiciones: (i) el uso o la divulgación adicional esté expresamente permitido por el consentimiento por escrito de la persona cuya información se divulga en este registro o según lo permita de otro modo el 42 CFR Parte 2; (ii) usted sea una entidad cubierta o un asociado comercial y haya recibido el registro para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; o (iii) haya recibido el registro de una entidad cubierta o un asociado comercial según lo permitido por el 45 CFR Parte 164, Subpartes A y E. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para cumplir con los elementos requeridos de consentimiento por escrito para el uso o la redistribución adicional del registro (véase 42 CFR 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 disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Llame al 1-888-VIRTUA3 o al 1-888-847-8823.