CENTRO MÉDICO ST. FRANCIS, TRENTON NEW JERSEY
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Número de archivo médico:

Nombre el paciente:_____ Fecha de nacimiento_____ Número de teléfono: _____
Dirección de la residencia: _____

1. Autorizo al Centro Médico St. Francis para utilizar o divulgar la información de salud de la persona nombrada arriba, de la forma que se describe a continuación:

2. Fecha de alta/fechas de servicio:

3. El tipo de información que se utilizará o divulgará es la siguiente:

□ Archivo Cirugía Menor	□ Película de Rayos X	□ Registro de la sala de emergencia
□ Resumen al salir de alta	□ Informes de rayos X	□ Expediente Clínico
□ Historial y examen físico	□ Comentarios sobre la evolución	□ Archivo - paciente externo (especifique) _____
□ Informes sobre consultas	□ Informe(s) operativo(s)	□ Archivo médico completo_____
□ Informe de laboratorio	□ Informe(s) de patología	□ Otro (especifique)_____

4. **DIVULGAR INFORMACIÓN A:** □ Mi persona (el paciente o representante) □ Organización/persona a continuación:
Nombre de la organización/persona:_____
Dirección de la organización/persona:_____
□ Favor enviar a la dirección anterior □ Favor preparar archivos para recogerlos en la fecha:

5. **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL ESPECÍFICA AUTORIZADA PARA ESTA DIVULGACIÓN:** al firmar con las iniciales de mi firma al lado de la categoría específica de información altamente confidencial, autorizo al Centro Médico St. Francis para que divulgue el tipo de información indicada al lado de mis iniciales, de conformidad con esta Autorización a partir de la(s) fecha(s) de tratamiento indicada(s) anteriormente
_____ Información sobre el SIDA/VIH _____ Información salud mental/psiquiátrica ____Información sobre drogas y alcohol

6. **PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:** autorizo al Centro Médico St. Francis para que divulgue la información de salud para el propósito específico:_____

7. Entiendo que tengo derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar la revocación escrita ante el departamento de administración de la información de salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley establezca que mi aseguradora tiene derecho de apelar un reclamo bajo mi póliza. A menos que, de otra forma, quede revocada esta autorización caducará en la fecha, evento o condición siguiente: _____. Si no doy una fecha, evento o condición de vencimiento, esta autorización caducará en 90 días.

8. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento. Entiendo que puedo revisar u obtener una copia de la información que se va a utilizar o divulgar, de la forma establecida en CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de la información implica en sí el potencial de una nueva divulgación desautorizada y la información podría quedar sin la protección de las normas federales de confidencialidad. Entiendo que el Centro Médico St. Francis no me puede obligar a firmar este formulario de autorización como condición para recibir tratamiento del Hospital, excepto cuando el hospital me proporcione un tratamiento relacionado con la investigación o cuando el Hospital me brinde el cuidado de salud exclusivamente con el fin de crear información de salud protegida que no se puede divulgar a otra persona. Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con el Departamento de Administración de Información de Salud al (609) 599-5203.

9. Entiendo que se me puede cobrar una cuota por sacar copias de mis archivos médicos y las tarifas correspondientes por el envío postal.

_____ _____
Firma del paciente o representante legal Fecha

_____ _____
Si lo firma el representante legal, relación con el paciente Firma del testigo

Copia del paciente