



Form ID: ROI  
**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)**  
Reorder #: 90015  
(REV. 8/16-A)

PATIENT ID LABEL

Bayonne Medical Center    Christ Hospital    Hoboken University Medical Center    Other: \_\_\_\_\_    CarePoint Physician Practice: \_\_\_\_\_

Para que este formulario se considere una autorización válida para la divulgación de información médica, se deben completar todas las secciones, según las normativas de confidencialidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Si se deja vacío alguno de los campos, la autorización no tendrá validez.

**POR LA PRESENTE, AUTORIZO QUE SE USE O DIVULGUE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA QUE FIGURA ABAJO:**

**1. Información del paciente: (en letra de imprenta)**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ N.º HC: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**2. Puede divulgarse la información solamente a la siguiente persona/organización (autorizo el uso y la divulgación de mi información médica según lo descrito a continuación):**

Nombre/Organización: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Número de fax: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**3. Puede usarse o divulgarse solamente la siguiente información médica (seleccione todas las opciones que correspondan):**

Notas sobre la evolución    Interconsultas    Informes de radiografías    Registros de facturación    Registro de sala de emergencias

Análisis de laboratorio    Electrocardiogramas/electroencefalogramas    Radiografías y otros estudios de diagnóstico por imágenes

Resumen del alta    Informe de patología    Registro cardiocardiográfico    Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Antecedentes y resultados de examen físico    Notas de procedimientos/intervenciones quirúrgicas    Historia clínica en su totalidad

**4. Puede usarse o divulgarse solamente la información médica correspondiente a los siguientes periodos de atención:**

Desde (fecha): \_\_\_\_\_ Hasta (fecha): \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Desde (fecha): \_\_\_\_\_ Hasta (fecha): \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

**5. La información médica que se divulgue a la agencia o el individuo mencionados anteriormente se debe utilizar para los siguientes fines:**

Tratamiento/Interconsultas    Investigación    Facturación o pago de reclamos    Asuntos legales

Por solicitud del paciente    Marketing    Por solicitud del empleador    Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**Política de restricción de la divulgación CPCOM 031. ¿Existe alguna restricción de divulgación anterior en los archivos?**  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_

**Por la presente, doy mi autorización especial para que se divulgue la siguiente información, excepto notas de psicoterapia (seleccione todas las opciones que correspondan):**

SIDA/VIH    Consumo excesivo de alcohol    Abuso de sustancias    Salud mental    ADN

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Firma del representante personal (si corresponde): \_\_\_\_\_

Descripción de la autoridad para actuar en representación del paciente: \_\_\_\_\_

La "información médica" lo identifica a usted (el paciente) por su nombre, e incluye otros datos demográficos sobre usted. La "información médica" puede incluir, entre otros, los siguientes: historias clínicas, radiografías, diapositivas, gráficos, tiras, etc.

Por la presente, exoneró al centro, sus agentes y empleados de toda responsabilidad, todo daño o todo reclamo que pueda surgir como resultado de esta divulgación autorizada de la información que se recopiló durante mi visita, encuentro u hospitalización, o de las copias realizadas de dicha información en conformidad con las políticas de este centro.

Sí  No (*si corresponde*), acepto que se divulguen registros médicos o de facturación que contengan la información confidencial sobre mí mencionada arriba.

La información médica protegida utilizada o divulgada en conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una consiguiente divulgación por parte del receptor, en cuyo caso ya no quedará protegida en virtud de esta norma de confidencialidad. Si se utiliza o se divulga información médica relacionada con una investigación con fines de continuar la investigación, no se podrá aplicar una fecha o un evento para el vencimiento.

Esta autorización vencerá automáticamente **90** días después de la fecha de la firma a continuación (a no ser que se indique abajo lo contrario), a menos que se especifique una fecha anterior o que concluya un evento específico. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, de acuerdo a lo establecido en el Aviso de prácticas de confidencialidad, excepto en los casos en los que el centro ya haya divulgado cierta información en conformidad con mi anterior autorización. Fecha de vencimiento del evento: \_\_\_\_\_

El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar sujetos a la obtención de una autorización si la Ley HIPAA prohíbe ese tipo de limitación. Si se permite la limitación, la negativa a firmar la autorización puede resultar en la denegación de atención o cobertura.

**AVISO PARA LA AGENCIA O EL INDIVIDUO RECEPTOR:** Esta información debe manejarse en conformidad con las reglas de confidencialidad (de la Ley HIPAA).

Firma del paciente o del representante personal autorizado:	Fecha:	Hora:
Relación con el paciente/Autoridad para actuar en representación del paciente:		
Firma del testigo:	Fecha:	Hora:
<input type="checkbox"/> Se constató la firma mediante la presentación de una identificación emitida por el gobierno o la comparación con la firma guardada en los archivos. Es posible que se cobre un cargo por sacar copias de la historia clínica. <input type="checkbox"/> Se solicitó una copia electrónica.		

**\*La persona debe recibir una copia de esta autorización.**