



Hackensack
Meridian *Health*



RI0000

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

CMR-003S (12-20-23) PÁGINA 1 DE 2

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	N° de Registro Médico:	Número de contacto:
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):			

Autorizo a Hackensack Meridian Health a divulgar información a:

Organización/Receptor:	Attn:
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):	
Número de teléfono:	Número de fax:

Lugar donde se prestan los servicios:

<input type="checkbox"/> Jersey Shore University Medical Center	<input type="checkbox"/> Hackensack University Medical Center	<input type="checkbox"/> Carrier Clinic	<input type="checkbox"/> Bayshore Medical Center
		<input type="checkbox"/> Raritan Bay Medical Center	<input type="checkbox"/> Palisades Medical Center
<input type="checkbox"/> JFK University Medical Center	<input type="checkbox"/> Southern Ocean Medical Center	<input type="checkbox"/> Old Bridge Medical Center	<input type="checkbox"/> Carrier Clinic
<input type="checkbox"/> Riverview Medical Center	<input type="checkbox"/> Ocean University Medical Center	<input type="checkbox"/> Otro (especificar):	

Información que debe divulgarse:

Registros solicitados (intervalo de fechas): de:	a:	
<input type="checkbox"/> Notas clínicas	<input type="checkbox"/> Informes de servicios terapéuticos	<input type="checkbox"/> Notas sobre operaciones/ procedimientos
<input type="checkbox"/> Resúmenes del alta	<input type="checkbox"/> Registro del Departamento de Emergencia	<input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas
<input type="checkbox"/> Registros de alcohol/drogas	<input type="checkbox"/> Resúmenes	<input type="checkbox"/> Radiología <input type="checkbox"/> Informes <input type="checkbox"/> Otro (especificar):

Propósito de divulgación:

Cuidados permanentes Uso individual Cambio a otro proveedor Legal Otro (especificar):

Divulgación que requiere consentimiento específico:

Atención de salud reproductiva Enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA Salud mental Abuso de alcohol/drogas*

CONSENTIMIENTO DEL MENOR

Se requiere la firma del paciente menor de edad para divulgar la siguiente información: 1) condiciones relacionadas con la atención de salud reproductiva, incluidos, entre otros, el control de la natalidad y los servicios relacionados con el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, (a partir de los 13 años), 2) diagnóstico o tratamiento del abuso de drogas y alcohol, (a partir de los 13 años), y 3) afecciones de salud mental, psicoterapia (a partir de los 13 años).

Al firmar este formulario, certifico que soy la persona responsable del paciente para cuya divulgación se solicita la información médica protegida indicada arriba:

Firma del Paciente/Med

Nombre en letra de imprenta

Fecha de la firma

Formato requerido:

Papel Copia electrónica (USB cifrado, CD) Número de fax: Correo electrónico seguro:

La función EHI Export permite exportar sus registros médicos en un formato que se puede leer electrónicamente, de manera que se pueden cargar en otro Registro Médico Electrónico (EHR, por sus siglas en inglés). Añada sus iniciales aquí _____, si desea solicitar una copia de sus registros médicos en un formato que se pueda leer de manera electrónica.



RI0000

CMR-003S (12-20-23) PÁGINA 2 DE 2

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O
DIVULGAR INFORMACIÓN
MÉDICA PROTEGIDA**

Comprendo que:

- Autorizar la divulgación de esta información de salud es un acto voluntario. No necesito firmar este documento para asegurarme de recibir el tratamiento o el pago del servicio.
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito al Departamento de Administración de Información Médica de HMH. Entiendo que una vez que la información se ha divulgado de acuerdo con los términos de esta autorización, la información no se puede recuperar.
- Cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de otras divulgaciones o distribuciones por parte del destinatario que pueden no estar protegidas por las leyes de confidencialidad.

Esta autorización expirará un año después de la fecha firmada a continuación, a menos que se indique aquí otra fecha o acontecimiento.

Al firmar este formulario, certifico que soy el responsable legal o la persona responsable del paciente para cuya divulgación se solicita la información médica protegida indicada.

Firma del paciente o representante legal _____ Fecha de la firma _____

Nombre en letra imprenta _____ Relación con el paciente _____

Información Adicional

TARIFA POR LA COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA: Es posible que se aplique una tarifa por la copia de la historia clínica. Solicite información sobre las tarifas al personal de Administración de Información Médica.

PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA: *Los registros de abuso y tratamiento de drogas y alcohol están protegidos por las normas federales de confidencialidad (Título 42 del Código de Regulaciones Federales [CFR], Parte 2). Las normas federales le prohíbe que el receptor esta información realizar otras divulgaciones de esta la misma, salvo que el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece se lo permita expresamente, o salvo que el Título 42 del CFR, Parte 2, lo permita de otro modo. Las normas federales restringen todo uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso del alcohol o las drogas.

SI TIENE PREGUNTAS, COMUNÍQUESE CON LA ADMINISTRACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL CAMPUS CORRESPONDIENTE

Departamento de Información Médica del Hackensack Meridian Health en el campus del hospital			
Campus	Dirección	Número de teléfono	Número de fax:
Bayshore Medical Center	727 North Beers St. Holmdel, NJ 07730	732-739-5933 o 732-739-5985	732-888-7332
Carrier Clinic	252 Co Rd 601 Belle Mead, NJ 08502	908-281-1479	908-281-1671
Hackensack University Medical Center	30 Prospect Ave. Hackensack, NJ 07601	551-996-2074	551-996-2347
Jersey Shore University Medical Center	1945 HWY 33 Neptune, NJ 07753	732-776-4771	732-776-4692
Centro médico universitario JFK University Medical Center	65 James Street Edison, NJ 08820	732-321-7000 ext.62631 o 732-321-7177	732-549-8569
Centro médico universitario Ocean University Medical Center	425 Jack Martin Blvd. Brick, NJ 08724	732-840-3331	732-836-4269 o 732-840-9616
Palisades Medical Center	7600 River Road North Bergen, NJ 07047	201-854-5081 o 201-854-5083	201-854-8360 o 201-854-8546
Raritan Bay Medical Center	530 New Brunswick Ave. Perth Amboy, NJ 08861	732 324 5391	732-324-4883
Centro médico Old Bridge Medical Center	3 Hospital Plaza Old Bridge, NJ 08857	732 360-4237	732-360-4134
Centro médico Riverview Medical Center	1 Riverview Plaza Red Bank, NJ 07701	732-530-2510	732-224-7210
Centro médico Southern Ocean Medical Center	1140 Route 72 West Manahawkin, NJ 08050	609-978 3820	609-978-8965