

Autorización para la divulgación de información médica protegida

También puede solicitar su historia clínica por vía electrónica a través de www.swellbox.com/wmchhealth-wizard.html

Nombre del paciente: _____ N.o de historia clínica (si lo conoce): _____

Nombre al momento de recibir tratamiento (en caso de ser diferente): _____

Método de envío: Papel: Unidad externa: Envío electrónico: Fecha de nacimiento: _____

Domicilio del paciente: _____ Ciudad/estado: _____

Teléfono: _____ Código postal: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Seleccionar establecimiento:

Hospital:

- Westchester Medical Center
- Maria Fareri Children's Hospital
- Behavioral Health Center
- Bon Secours Community Hospital
- Good Samaritan Hospital
- Health Alliance
- Margaretville Hospital
- Mid-Hudson Regional Hospital
- St. Anthony Community Hospital

Consultorio médico:

- Advanced Physician Services
- Bon Secours Medical Group

Nombre y domicilio de las personas a las que se enviará esta información:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección de correo electrónico o información de contacto alternativa: _____

Descripción de la información que se divulgará (marcar las casillas correspondientes)

Todos los registros médicos, incluido el historial, los resultados de las pruebas, la información genética, las derivaciones, las consultas (excluido el tratamiento contra el alcoholismo y la drogadicción, la información relacionada con el VIH, el tratamiento de salud mental y las notas de psicoterapia).

Incluye estudios radiológicos, películas e imágenes, tiras de monitorización fetal

Incluye registros de facturación y seguros

Incluye los registros enviados al centro de WMC Health Network por otro proveedor de atención médica.

Historia clínica desde (fecha): _____ hasta : _____

Resumen de la historia clínica (solo información médica pertinente)

Otro (describir): _____

Autorizo la divulgación de los siguientes registros (marcar los que correspondan):

- _____ Información sobre tratamiento contra el alcoholismo y la drogadicción
- _____ Información sobre tratamiento relacionada con el VIH
- _____ Información sobre tratamientos de salud mental (excluidas las notas de psicoterapia)
- _____ Notas de psicoterapia (en caso afirmativo, debe completar una autorización adicional a tal efecto)
- _____ Documentación y pruebas genéticas
- _____ Plan de atención segura

Autorización para la divulgación de información médica protegida

Finalidad de la divulgación: Continuación de la atención Seguro Legal Personal

Otra: _____

Esta autorización caducará un año (o 6 meses en el caso del Plan de atención segura) después de la fecha en que se firmó si no se indica ninguna fecha de caducidad o evento: *(Indique el evento o la fecha de caducidad deseada, según corresponda)*

1. Si estoy autorizando la divulgación de información relacionada con el VIH, el tratamiento contra el alcoholismo o la drogadicción, o el tratamiento de salud mental, el receptor tiene prohibido volver a divulgar dicha información sin mi autorización, a menos que lo permitan las leyes federales o estatales. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si sufro discriminación debido a la divulgación de información sobre el VIH, puedo ponerme en contacto con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York, llamando al (212) 480-2493, o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York, llamando al (212) 306-7450.
2. Entiendo que toda divulgación/revelación está sujeta al Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR) que rige la confidencialidad de los expedientes de pacientes que reciben tratamiento por alcoholismo y drogadicción, así como a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPPA), sección 45 del CFR, puntos 160 y 164; y está prohibido volver a divulgar esta información a una parte que no sea la designada anteriormente sin mi autorización por escrito.
3. Westchester Medical Center no condiciona el tratamiento ni el pago a que usted firme esta autorización.
4. Es posible que la información divulgada en virtud de la presente autorización sea divulgada nuevamente por el destinatario y dejará de estar protegida.
5. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que otros centros mencionados anteriormente ya hayan actuado en virtud de ella. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Administración de Información de Salud de WMC Health Network, a la siguiente dirección: 100 Woods Road, Macy Pavilion, Room M18, Valhalla, New York 10595.

He leído este formulario y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. Al firmar este formulario, reconozco que he leído y acepto todo lo anterior.

Firma del paciente

Fecha

Para niños: Por la presente declaro que soy el padre natural, adoptivo o tutor legal del niño arriba mencionado y que no existe ninguna orden judicial que restrinja o prohíba mi acceso a los registros indicados:

Otro representante legal debe adjuntar copia del poder sanitario, poder notarial, testamento u otra documentación:

Indicar la relación con el paciente: _____

Firma

Nombre en letra de imprenta

Fecha