Trinity Health
Of New England

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

Nombre (letra de molde)_____ Tel. (_____) _____ - _____

Fecha de nacimiento del paciente_____ Correo electrónico _____

Dirección_____Ciudad_____ Estado_____ Código postal_____

DESCRIPCIÓN DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS SOLICITADOS

Seleccione el centro al que solicita los expedientes:

☐ Johnson Memorial Hospital ☐ Saint Francis Hospital ☐ Trinity Health Of New England Medical Group – CT: (especifique abajo)
☐ Mount Sinai Rehabilitation Hospital ☐ Saint Mary's Hospital

_____ _____
Nombre del consultorio Nombre del profesional

☐ Otro _____ _____
Nombre del consultorio Nombre del profesional

Fechas de atención_____

_____

Seleccione los documentos que desea divulgar:

☐ Informe de emergencias ☐ Resumen del alta ☐ Historia clínica y examen físico
☐ Consultas ☐ Informe de cirugía/procedimiento ☐ Resultados de laboratorio/patología
☐ Notas de evolución ☐ Resultados (EKG, EEG, eco) ☐ Resultados radiológicos/diagnósticos
☐ Resumen del expediente Especifique el resultado_____ ☐ Datos de identificación
☐ Notas de clínica/consultorio. Nombre del profesional _____
☐ Otro (especifique)_____

Incluya: ☐ Imágenes de radiología/CD ☐ Facturas detalladas ☐ Expediente completo (puede tener costo)

MOTIVO DE LA DIVULGACIÓN:

☐ Continuidad de la atención ☐ Seguro/pago ☐ Motivos legales ☐ Uso personal del paciente
☐ Otro (especifique)_____

ENVÍE LOS EXPEDIENTES SOLICITADOS A:

Autorizo que los expedientes médicos indicados arriba se entreguen a:

☐ Paciente/a mí ☐ Padre, madre o tutor legal ☐ Representante personal según HIPAA ☐ Otro, especifique abajo:

Nombre_____

Dirección_____

Teléfono_____ Fax_____

FORMATO SOLICITADO: (marque solo una opción)

☐ Portal del paciente/MyChart ☐ CD ☐ Papel ☐ Consultar una copia ☐ Correo electrónico. Escriba su dirección y elija seguro o no seguro abajo. Dirección de correo: _____
☐ correo seguro/cifrado (se incluyen instrucciones de acceso) ☐ correo no seguro/sin cifrar *

*Si marcó "correo no seguro", enviar y recibir información de su expediente por ese medio conlleva riesgos de interceptación y posible robo de identidad. *Si solicita el envío no seguro al correo personal indicado arriba, escriba sus iniciales. Iniciales_____

**Si el tamaño de los archivos impide enviarlos por correo electrónico, elija otro formato: ☐ Papel o ☐ CD
**Los expedientes en CD o papel se enviarán por el Servicio Postal de Estados Unidos.

Trinity Health
Of New England

Información sobre su derecho de acceso: Salvo en circunstancias limitadas, le proporcionaremos acceso a sus expedientes. Responderemos a su solicitud dentro de los 30 días (o 60 días si necesitamos más tiempo para reunir los expedientes) a partir de la fecha en que recibamos este formulario completo. En ciertas situaciones podemos rechazar su solicitud. Si lo hacemos, le explicaremos por escrito los motivos de la negativa y su derecho a solicitar que se revise.

Solicito acceso a mi información de salud indicada arriba que conserva Trinity Health Of New England. Entiendo que su divulgación PUEDE INCLUIR información sobre enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), servicios de salud conductual o mental, tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas, y/o pruebas genéticas.

Escriba sus iniciales para autorizar la divulgación de esta información

_____Diagnóstico/tratamiento por abuso o adicción al alcohol o las drogas

_____Información de salud conductual/mental

_____Enfermedades contagiosas, incluidas las de transmisión sexual

_____Información sobre VIH/SIDA, incluidas pruebas y tratamiento

_____Pruebas genéticas

_____Expedientes de salud reproductiva

Si me niego a firmar esta autorización, Trinity Health Of New England no me negará tratamiento y no divulgará la información al destinatario especificado arriba.

Entiendo que, si el destinatario no es un profesional de atención médica o un plan de salud sujeto a las normas federales de privacidad, puede volver a divulgar esta información y es posible que dichas normas ya no la protejan.

Entiendo que puedo revocar esta autorización mediante aviso por escrito a Trinity Health Of New England, indicado arriba. Las acciones realizadas con base en esta autorización no se pueden revertir, y mi revocación no afectará esas acciones previas.

Esta autorización vence el:_____o cuando ocurra lo siguiente:_____.
(Fecha)

(Si no se indica una fecha o un evento, esta autorización vencerá un (1) año después de la firma).

FIRME AQUÍ_____
Firma del paciente, padre, madre, tutor legal o representante personal según HIPAA Fecha

Nombre en letra de molde del padre, madre, tutor legal o representante personal según HIPAA, si corresponde_____

Relación con el paciente (p. ej., padre o madre de un menor, tutor)_____

Envíe el formulario a:
St. Francis Medical Center
A la atención de: HIM
114 Woodland Street
Hartford, CT 06105

Fax:
1 (610) 879-9041

Correo electrónico:
trinityNE_requests@mrocorp.com

SOLICITUD DE EXPEDIENTES MÉDICOS EN NOMBRE DE OTRA PERSONA: Si solicita los expedientes de otra persona, es posible que deba presentar documentos que acrediten su derecho legal a solicitarlos. Por ejemplo, cartas de representación, documentos de tutela o declaraciones juradas de heredero legal. Un representante personal según HIPAA es una persona con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica

HIMROI

NOMBRE

FECHA DE NAC.