

Autorización para obtener / divulgar información

Nombre del paciente: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial) (Apellido de soltera/otro nombre)

Fecha de nacimiento: _____ **Teléfono:** _____ **Correo electrónico:** _____

Dirección completa (calle o número de apartado postal, ciudad, estado, código postal)
 Esta información se usará con el siguiente propósito: Uso personal Atención médica adicional Legal
 Discapacidad Indemnización por accidente laboral (*workers comp*) Elegibilidad/beneficios del seguro médico
 Tarjeta del Seguro Social Otro _____

Por este medio autorizo a Lawrence + Memorial Hospital:
 para que **DIVULGUE** información de mi expediente médico A: para que **OBTENGA** información DE:
Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Dirección: _____ **Ciudad/Estado:** _____ **Código postal:** _____

Fax (opcional): _____ **Correo electrónico** (opcional) _____

Método de divulgación: MyChart (debe tener una cuenta activa)
 Correo Fax Correo electrónico seguro pasar a recoger Por favor indicar cómo desea que nos comuniquemos con usted cuando estén listos para recoger: _____ Formato CD-ROOM

Tipo de visita: Ingreso Cirugía ambulatoria Sala de emergencias Cita en clínica/consultorio médico Otro _____

Fecha(s) de (los) servicio(s): _____

Información médica que se solicita:

- Compendio del archivo médico (antecedentes y examen físico; resumen de instrucciones de alta, informe de consulta, informe de Sala de Emergencias, informe quirúrgico, informe de patología, resultados de exámenes de laboratorio, informe de radiología
- Historia clínica y física (HP) Resultados de laboratorio Electrocardiograma de esfuerzo (*stress test*) Informe de consulta
- Resumen del alta (DS) Informe de radiología Ecocardiograma/EKG Notas de la clínica/consultorio
- Visitas a la sala de emergencias (ED) Informe de patología Examen de función pulmonar Lista de medicamentos
- Informe de operaciones o procedimientos Registro de vacunas Notas de Fisioterapia / Terapia Ocupacional / Terapia del Lenguaje (PT/OT) Otro _____
- Archivo médico completo (*incluye todo lo anterior y además las notas de enfermería, del personal auxiliar y autorizaciones. No incluye las planillas de enfermería a menos que se hayan solicitado específicamente*).
- Factura detallada Imágenes de radiología _____

Indicar fecha y tipo

Se aplican tarifas razonables tomando en consideración el costo.

***** LA INFORMACIÓN SOBRE VIH - SALUD MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO - DROGAS/ALCOHOL** que esté presente en el expediente médico mencionado anteriormente se divulgará por medio de esta autorización, a menos que se indique lo contrario a continuación. **(Los registros que contengan alguna de la información protegida que aparece a continuación requieren la firma del paciente si es un menor de edad que tenga 13 años o más, con excepción de la salud mental y del comportamiento que también requiere la autorización del paciente si este es un menor de 16 años o mayor.)*****

Colocar sus iniciales al lado de la información que desea que NO se divulgue:

____ **VIH** ____ **Abuso de sustancias, incluye alcohol y drogas** ____ **Prueba de embarazo** ____ **Pruebas genéticas**
 ____ **Salud mental y del comportamiento/Psiquiatría** ____ **Enfermedades de transmisión sexual** ____ **Otro (por favor indicar)** _____



Entiendo que:

- Esta autorización estará vigente por un año a partir de la fecha que aparece más abajo. Entiendo que después de firmar este formulario, puedo cambiar de opinión y cancelar (revocar) esta autorización en cualquier momento comunicándome por escrito con los Servicios de Divulgación de Información de Lawrence + Memorial Hospital (*Lawrence + Memorial Hospital Release of Information Services*). La cancelación de la autorización no se aplicará a la información que ya se divulgó a causa de esta autorización.
- La información divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta, a su vez, a divulgación por parte del receptor y ya no estará protegida bajo los términos de esta autorización o por las regulaciones federales sobre privacidad. Sin embargo otro estado o ley federal puede prohibirle al receptor que divulgue información especialmente protegida, tal como información sobre el tratamiento por abuso de sustancias, información relacionada con el VIH/SIDA e información sobre salud mental/psiquiátrica.
- Esta autorización es voluntaria y que mi tratamiento por parte de Lawrence + Memorial Hospital de ninguna manera está condicionado al hecho de que la firme o no y que puedo rehusarme a firmarla. Si no firmo este formulario, el pago por esta atención médica solamente se verá afectado si mi aseguradora de atención médica es quien solicita dicha información y está permitido que requiera esta autorización.
- Si lo solicito, puedo revisar o copiar la información que se describe en este formulario. De acuerdo con la ley del estado de Connecticut, podría cobrarse una tarifa por las copias.
- Si el paciente es menor de edad (tiene menos de 18 años), el padre, la madre o el tutor legal debe firmar esta autorización a menos que los registros se relacionen con tratamiento(s) para los cuales el menor puede dar su consentimiento según la ley del estado de Connecticut. Si se incluye información sobre el VIH, salud mental y del comportamiento, drogas/alcohol y el paciente tiene 13 años o más, el menor debe firmar según se explicó antes.

Una vez completa la autorización, enviarla por correo postal, fax o correo electrónico según se indica a continuación. No enviar expedientes médicos a esta dirección.

Correo postal:

**Lawrence + Memorial Hospital
Health Information Management
Release of Information Services
365 Montauk Avenue
New London, CT 06320**

Núm. de fax:

(860) 444-3760

Correo electrónico: releaseofinfo@lmhosp.org

Las solicitudes rutinarias de expedientes médicos se procesan generalmente dentro de 10 días laborales. Para comunicarse con un representante de atención al cliente, por favor llamar al (860) 444-3704

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Firma del paciente o del representante autorizado

****debe proporcionar prueba de la representación (excepto si es el padre o la madre del menor)*

Por favor indicar su vínculo con el paciente

Paciente Padre o madre Tutor legal Albacea/Administrador de los bienes Representante de cuidado de la salud Curador Otro representante legal autorizado _____ (especificar)

Nombre del menor en letra de imprenta (si corresponde)

Firma del menor (si corresponde)

Fecha

