



Autorización para la divulgación de información de salud de conformidad con HIPAA

Sección 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA)		Número de registro médico (MRN)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):
APELLIDO:		NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:
Nombre en el momento del tratamiento (si es diferente al anterior):			
Dirección postal y apt.#		Ciudad y Estado	Código postal
Número de teléfono:		Correo electrónico (opcional)	

Sección 2.a. Yo, o mi Representante autorizado, autorizo la divulgación de mi información médica DE:

Todas las ubicaciones del Montefiore Medical Center donde recibió atención (todos los hospitales y todas las clínicas) *(si no es así, marque todas las que correspondan)*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Montefiore Medical Center
111 East 210th Street, Bronx, NY 10467 | <input type="checkbox"/> Montefiore Westchester Square
2475 St. Raymond Ave., Bronx, NY 10461 |
| <input type="checkbox"/> Children's Hospital at Montefiore
3415 Bainbridge Avenue, Bronx, NY 10467 | <input type="checkbox"/> Montefiore Hutchinson Campus
1230 Water Place, Bronx, NY 10461 |
| <input type="checkbox"/> Montefiore Wakefield Campus
600 East 233rd street, Bronx, NY 10466 | <input type="checkbox"/> Montefiore Einstein Center for Children's Mental Health
1300 Water Place, Bronx, NY 10461 |
| <input type="checkbox"/> Jack D. Weiler Hospital
1825 Eastchester Road, Bronx, NY 10461 | |
| <input type="checkbox"/> Clínica u oficina de proveedor de Montefiore (escriba el nombre de la clínica/proveedor y la dirección) _____ | |

Sección 2.b. Yo, o mi Representante autorizado, autorizo la divulgación de mi información médica A (marque solo UNA):

- Yo mismo:** si el nombre y la dirección son los **mismos** que en la sección 1, marque esta casilla y pase a la sección 3
- Otro:** escriba el nombre y la dirección de la Persona/Entidad a la que se enviará esta información: _____

Sección 3. REGISTROS MÉDICOS A DIVULGAR

(Los registros médicos que contengan cualquier tipo de información especial protegida también deben ser firmados por el paciente si este es menor de edad y tiene 12 años o más.)

Sección 3.a. FECHAS DE SERVICIO (REQUERIDO): desde _____ / _____ / _____ hasta _____ / _____ / _____

Sección 3.b. LEA ATENTAMENTE: debe marcar solo una de las tres opciones a continuación:

- **Opción 1: TODO EL REGISTRO MÉDICO**
- **Opción 2: RESUMEN DEL REGISTRO MÉDICO**
- **Opción 3: SOLO INFORMACIÓN ESPECÍFICA** y luego marque todas las casillas que correspondan dentro de esa sección.

Opción 1: TODO EL REGISTRO MÉDICO

Incluye **TODAS** las notas, resultados de pruebas, informes radiológicos y cualquier otra documentación relativa a los servicios y tratamientos recibidos en el departamento de emergencias, ingresos hospitalarios, cirugía ambulatoria o visitas a la clínica.

Excluye las notas de psicoterapia e imágenes

- Marque aquí si desea obtener copias de las imágenes como parte de todo el registro**

Opción 2: RESUMEN DEL REGISTRO MÉDICO

Puede contener lo siguiente, según corresponda a su ingreso hospitalario:

- | | |
|------------------------------------|---------------------------|
| Historia y examen físico | Resumen de alta |
| Consultas | Notas de urgencias |
| Informe operativo | Resultados de laboratorio |
| Informes de patología | Informes de radiología |
| Informes de pruebas de diagnóstico | |

Opción 3: INFORMACIÓN ESPECÍFICA Nota: si selecciona la Opción 1 o 2, no marque ninguna casilla en esta sección

REGISTROS/NOTAS (marque todos los que correspondan)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Registro de emergencias | <input type="checkbox"/> Registro de ingreso hospitalario |
| <input type="checkbox"/> Registro de cirugía ambulatoria | <input type="checkbox"/> Visita a la clínica |
| <input type="checkbox"/> Historia y examen físico | <input type="checkbox"/> Notas de consulta |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Informe operativo |
| <input type="checkbox"/> Registro de vacunación | <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Resumen posterior a la visita | <input type="checkbox"/> Registros de fisioterapia |
| <input type="checkbox"/> Registros de terapia ocupacional | <input type="checkbox"/> Terapia del habla |
| <input type="checkbox"/> Factura detallada | <input type="checkbox"/> Otras notas: _____ |

INFORME/IMÁGENES (marque todos los que correspondan)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informes de patología |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiograma/ECG | <input type="checkbox"/> Pruebas de la función pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Informes de cateterismo cardíaco | <input type="checkbox"/> Informes de radiología (rayos X) |
| <input type="checkbox"/> Informes cardiovasculares | <input type="checkbox"/> Informes de ultrasonido |
| <input type="checkbox"/> Otros informes: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Imágenes de cateterismo cardíaco | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología (rayos X) |
| <input type="checkbox"/> Imágenes cardiovasculares | <input type="checkbox"/> Imágenes de ultrasonido |
| <input type="checkbox"/> Otras imágenes: _____ | |

Sección 3.c ESPECIFIQUE SI DEBE INCLUIRSE INFORMACIÓN ESPECIAL PROTEGIDA: ESCRIBA SUS INICIALES para TODO lo que corresponda:

(los registros indicados a continuación **NO** se divulgarán mediante esta autorización a menos que coloque su inicial en la línea correspondiente)

- | | |
|---|---|
| _____ Información relacionada con el VIH/SIDA | _____ Información sobre pruebas genéticas |
| _____ Tratamiento contra el alcohol / drogas | _____ Información de salud mental (excepto notas de psicoterapia) |
| _____ Otros: _____ | |

NOMBRE DEL PACIENTE: _____	MRN: _____
-----------------------------------	-------------------

Sección 4. Esta información se utilizará con fines de:
 Personales Tratamiento continuo Beneficios Otros (especifique): _____

Sección 5. MÉTODO DE ENTREGA Y FORMATO DE DIVULGACIÓN (marque una opción):

<input type="checkbox"/> Entrega por correo Los registros se enviarán por correo a la dirección indicada en la sección 2.b Formato: <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> CD/DVD <input type="checkbox"/> Otro: _____ <i>Algunas imágenes solo pueden divulgarse en CD/DVD</i>	<input type="checkbox"/> Recogida en persona Número de teléfono al que se llamará cuando los registros estén listos para recoger: Formato: <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> CD/DVD <input type="checkbox"/> Otro: _____ <i>Algunas imágenes solo pueden divulgarse en CD/DVD</i>	<input type="checkbox"/> Correo electrónico Marque un método e indique la dirección de correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo electrónico cifrado <input type="checkbox"/> Correo electrónico sin cifrar* Correo electrónico (REQUERIDO): _____ <i>*la comunicación por correo electrónico sin cifrar presenta el riesgo de que la información personal identificable contenida en el correo electrónico pueda ser interceptada por terceros no autorizados</i> <input type="checkbox"/> Portal del paciente MyChart de Montefiore (solo con una cuenta activa sin costo alguno) <i>Los registros solo estarán disponibles durante 30 días; puede imprimir y/o guardar una copia para uso personal). Si no tiene un MyChart de Montefiore, puede registrarse para obtener una cuenta visitando https://mychart.montefiore.org</i> <i>Si sus registros no se pueden entregar a través de MyChart, se enviarán por correo a la dirección indicada anteriormente en un medio portátil cifrado (por ejemplo, CD/DVD)</i>
---	--	---

Sección 6. CADUCIDAD DE LA AUTORIZACIÓN: Entiendo que esta autorización caducará en esta fecha o evento _____

Sección 7. REVISIÓN Y APROBACIÓN
 Yo, o mi representante autorizado, solicito que se acceda, use y/o divulgue la información médica sobre mi atención y tratamiento como se establece en este formulario: De acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York y la Regla de Privacidad de el Acta de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), entiendo que:

1. Puedo inspeccionar y/o recibir una copia de la información descrita en esta Autorización completando este formulario y firmando a continuación.
2. Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud, o elegibilidad para recibir beneficios no estarán condicionados a mi autorización de esta divulgación.
3. Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al proveedor de atención médica o entidad mencionada anteriormente. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto si ya se han tomado medidas basadas en esta autorización.
4. La información divulgada bajo esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario (excepto como se señala en la sección de Información Especial Protegida), y es posible que esta nueva divulgación ya no esté protegida por la ley federal o estatal.
5. Entiendo que tengo derecho a acceder a mi información médica en la forma y el formato solicitados, siempre que sea fácilmente producible en dicho formato y forma, y que, si mi información médica no puede producirse fácilmente en el formato y la forma solicitados, se me proporcionará la información médica en un formato y una forma acordados de mutuo acuerdo.

Entiendo que este consentimiento puede incluir la divulgación de registros de abuso de alcohol y drogas y/o información de tratamiento de salud mental y/o información relacionada con el VIH (lo que indica que me he realizado una prueba relacionada con el VIH, o tengo infección por VIH, enfermedad relacionada con el VIH o SIDA, o que podría indicar que he estado potencialmente expuesto al VIH). Si estoy autorizando la divulgación de información relacionada con el tratamiento del VIH/SIDA, el alcohol o las drogas, o el tratamiento de salud mental, el o los destinatarios tienen prohibido volver a divulgar la información sin mi autorización, a menos que lo permita la ley federal y estatal. También tengo el derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización.

Si por algún motivo sufre de discriminación debido a la publicación o divulgación de información relacionada con el VIH, puede comunicarse con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al (888) 392-3644 o la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al (212) 306-5070.

Se han completado todos los elementos de este formulario y se han respondido mis preguntas sobre este formulario. Al firmar a continuación, reconozco que he leído y aceptado todo lo anterior.

Firma del paciente o representante autorizado por la ley _____ Fecha _____

Si actúa como representante autorizado, por favor escriba su nombre y su relación con el paciente, y adjunte la documentación de apoyo correspondiente:

Nombre: _____ Relación: _____

*Las solicitudes de rutina de registros médicos generalmente se procesan en un lapso de 10 días.
 Para comunicarse con el Departamento de Administración de Información de Salud, llame al 718-920-4921.*

Por favor, devuelva el formulario completado a: Montefiore, 111 E. 210th Street, Bronx, NY 10467 A la atención de: Registros médicos (HIM)

FOR INTERNAL USE ONLY BY HEALTH INFORMATION MANAGEMENT (HIM) DEPARTMENT

Campus where identification is verified: _____ HIM Associate (print name): _____