



# AUTHORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD



Estoy pidiendo mi información protegida de salud (PHI) de:

- Todos los sitios de Trinity Health o de New England
- Todos los sitios de CT de Trinity Health Of New England Medical Group
- Johnson Memorial Hospital
- Mount Sinai Rehabilitation Hospital
- Mercy Medical Center
- Saint Francis Hospital
- Saint Mary's Hospital
- Trinity Health Of New England Medical Group – CT: (Especifique a continuación)

NOMBRE DE LA PRÁCTICA

NOMBRE DEL PROVEEDOR MÉDICO

Otro \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA PRÁCTICA NOMBRE DEL PROVEEDOR MÉDICO

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 ¿Otros nombres durante el tratamiento? \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección del paciente: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

## COMPARTIR LA INFORMACIÓN CON:

Nombre / Centro: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Motivo del pedido:  Personal  Tratamiento  Legal  Seguro  Incapacidad  
 Traslado / Motivo: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_  
 Método de entrega:  Correo  Correo electrónico  En-Persona (retira)  MyChart  Fax  CD

Se aplicará una tarifa basada en el costo de todas las copias entregadas directamente al paciente o al representante legal autorizado. El cargo no se aplica cuando los registros se envían directamente a un proveedor de atención médica para fines de tratamiento continuo.

## INFORMACIÓN A SER DIVULGADA

Autorizo que se divulgue la siguiente PHI de mis registros médicos:

- Fechas de servicio a ser liberado: Desde \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Resumen/ Información del paciente
- Consultas
- ECG/ECG/Exámenes cardíacos
- Historia clínica completa
- Registro ER
- Portada/ Ficha demográfica
- Instrucciones de alta
- Resumen de alta
- Historial y Físico
- Registro de facturación detallado
- Reportes de laboratorio
- Notas médicas de progreso
- Registros de medicamentos
- Operativo/ Reporte de procedimiento
- Reportes de patología
- Imágenes de radiología
- Reportes de radiología
- Otro \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA

\*Obligatorio: – complete las casillas a continuación que indican cómo se debe manejar la información protegida, incluso si las categorías no se aplican necesariamente a los registros médicos del paciente.

- Marque una \_\_\_\_\_ inicial cada línea a continuación
- Yo  DESESO  NO DESEO que se divulgue información sobre \*Salud Mental \_\_\_\_\_
  - Yo  DESESO  NO DESEO que se divulgue información sobre \*Pruebas de VIH e información relacionada \_\_\_\_\_
  - Yo  DESESO  NO DESEO que se divulgue información sobre \*Abuso de Sustancias liberada \_\_\_\_\_
  - Yo  DESESO  NO DESEO que se divulgue información sobre \*Servicios de salud reproductiva \_\_\_\_\_
  - Yo  DESESO  NO DESEO que se divulgue información sobre \*Pruebas genéticas \_\_\_\_\_
  - Yo  DESESO  NO DESEO que se divulgue información sobre \*Enfermedades de transmisión sexual/venéreas \_\_\_\_\_
  - Yo  DESESO  NO DESEO que se divulgue información sobre \* \_\_\_\_\_



Confirme que ha puesto una marca de verificación e inicializado todas las categorías de información protegida anteriores, independientemente de si son aplicables o no. Si el formulario está incompleto o si la información protegida no se verifica e inicializa, es posible que no podamos cumplir con esta solicitud.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Obligatorio para todos los pacientes mayores de 18 años. 16 años o más para registros psiquiátricos, 14 años o más para registros de uso de sustancias)

Firma del padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Obligatorio para todos los pacientes menores de 18 años, a menos que la ley permita lo contrario.  
Si no es el progenitor, se deberá aportar documentación de representación legal)

Esta autorización vencerá 180 días después de la fecha que aparece arriba. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al Departamento de Manejo de Información de Salud, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto en las acciones que tomó el hospital antes de recibir la revocación. Entiendo que, según la ley aplicable, la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a que el destinatario la vuelva a divulgar y ya no esté sujeta a las protecciones del estándar de privacidad. Entiendo que mi tratamiento o tratamiento continuo por parte de Trinity Health Of New England y sus afiliados no está condicionado de ninguna manera a que firme o no la autorización y que puedo negarme a firmarla. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se usa o divulga.



## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

El Departamento de Administración de Información de Salud de Trinity Health Of New England (anteriormente, Registros Médicos) se dedica a procesar su solicitud o consulta de información de salud protegida de manera oportuna. Para ayudarnos a cumplir con su solicitud o consulta, revise la lista de preguntas frecuentes en el sitio web de nuestra empresa en [www.trinityhealthofne.org](http://www.trinityhealthofne.org). El horario de atención de la Administración de información de salud es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a las 16:30 y nos pueden contactar al 860-714-4646.

Trinity Health Of New England tiene contratos con MRO (Medical Records Online) Corporation para copiar y publicar registros médicos. La ley federal permite que Trinity Health Of New England cobre una tarifa razonable basada en el costo de las copias de los registros médicos (referencia 45 CFR § 164.524(c)(4)). La ley federal también proporciona un centro de atención médica 30 días calendario para procesar una solicitud de registros médicos. Trinity Health Of New England tratará de procesar su solicitud dentro de 10 a 15 días hábiles, según el tipo de registros, las fechas del servicio solicitado y el pago de la solicitud.

Para obtener copias de su registro, envíe por correo o fax el formulario de autorización completo a una de las siguientes ubicaciones de entidades:

**Johnson Memorial Hospital, Mercy Medical Center, Saint Francis Hospital, Saint Mary's Hospital and  
Trinity Health Of New England Medical Group – Connecticut**

ATTN: Health Information Management  
Trinity Health Of New England  
114 Woodland Street  
Hartford CT, 06105

Fax: 860-714-8130 – Johnson Memorial Hospital  
Fax: 413-748-9809 – Mercy Medical Center  
Fax: 860-714-8130 – Mount Sinai Rehabilitation Hospital  
Fax: 860-714-8130 – Saint Francis Hospital  
Fax: 203-709-3420 – Saint Mary's Hospital  
Fax: 1-833-213-5417 – Trinity Health Of New England Medical Group – Connecticut

Para hacer un seguimiento de su pedido llame a 610-994-7500.