



**THE VALLEY HOSPITAL**  
 223 N. Van Dien Avenue  
 Ridgewood, New Jersey 07450  
 201-447-8111  
 201-447-8648 Fax

**Autorización para Divulgar  
 Registros Médicos**

Rev. 07/21  
 1 de 2

**Fecha y Hora de la Cita con el Médico:**

**Sección A: Debe completarse para todas las Autorizaciones**

Nombre del paciente:	Fecha de nac.:	Teléfono del paciente:
Nombre del receptor:		
Dirección del receptor:		Teléfono del receptor:
Ciudad:	Estado:	Código postal:

**Método de entrega de la solicitud (si se deja en blanco, se proporcionará una copia en papel):**  
 Correo electrónico cifrado  Correo electrónico no cifrado  CD cifrado  CD no cifrado  Copia en papel  Recoger en persona  
 Intercambio electrónico de imágenes (ver página dos para los tipos de imágenes)  
 Mandar al Portal Para Pacientes (Separado del portal de registro)  
 Número de fax \_\_\_\_\_

**NOTA:** Si el establecimiento no puede acomodar una entrega electrónica según lo solicitado, se proporcionará un método de entrega alternativo (por ejemplo, copia en papel). No nos hacemos responsables del acceso no autorizado a la información médica protegida (PHI) contenida en este formato ni de los riesgos (por ejemplo, virus) que puedan introducirse en su computadora o dispositivo o en el de un tercero si solicita que se le envíe la PHI en formato electrónico o por correo electrónico.

**Dirección de correo electrónico (si el correo electrónico está marcado arriba. Por favor imprima legiblemente):**

Esta autorización vencerá en uno de los siguientes casos: (Llene la fecha o el evento pero no ambos. Si no se llena la fecha o el evento, la autorización vencerá 1 año después de la fecha de la firma): **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Evento:** \_\_\_\_\_

**Propósito de la divulgación:**  Médico  Hospital/Clinica  Segunda opinión (tratamiento)  
 Uso personal  Legal  Otro: \_\_\_\_\_

**Descripción de la información que se utilizará o divulgará**

Reconozco que si la información sobre mi salud contiene información sobre el abuso/uso de alcohol/drogas y tratamientos relacionados, información genética, salud mental/conductual, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, pruebas de VIH, resultados de VIH o información sobre el SIDA, dicha información será divulgada al receptor identificado anteriormente, y por la presente doy mi consentimiento para que se divulgue dicha información.

Tipo de información:	Fecha(s) de la visita:	Tipo de información:	Fecha(s) de la visita:
<input type="checkbox"/> Resumen (documentos pertinentes para las citas médicas)		<input type="checkbox"/> Imágenes	
<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas (laboratorio, electrocardiograma, rayos X, patología). Especifique:		<input type="checkbox"/> Registro completo (asuntos legales)	
		<input type="checkbox"/> Otro:	
<input type="checkbox"/> Visita a la sala de emergencia/prueba(s)			

Entiendo que:

- Puedo negarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria.
- Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a la firma de esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las medidas adoptadas antes de recibir la revocación. Los detalles sobre cómo revocar esta autorización se encuentran en la Notificación de prácticas de privacidad.
- Si el solicitante o el receptor no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por los reglamentos de privacidad federales o estatales y que el receptor vuelva a divulgarla. Las leyes estatales que limitan la divulgación de información sobre el VIH/SIDA, la información genérica y otras categorías específicamente protegidas seguirán aplicándose a cualquier receptor de dicha información.
- Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por una tarifa de copia razonable, si la solicito.
- Entiendo que los términos de esta autorización se rigen por la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, y su reglamento de aplicación, que podrá ser modificado de vez en cuando.
- Puedo obtener una copia de este formulario después de firmarlo.

**Sección B: Firmas - Firme abajo.**

He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información médica protegida como se ha indicado.

Firma del paciente/representante del paciente:	Fecha:
Nombre del representante del paciente en letra de imprenta: (Ejemplo: apoderado, albacea, tutor legal)	Autoridad representativa:
Nombre de la persona que no sea el paciente que recoge los registros:	Relación con el paciente:

**Autorización para Divulgar  
Registros Médicos**

Rev. 07/21  
2 de 2

**Instrucciones para completar la Autorización de divulgación de información**  
**\*\*\*Nota: La divulgación de información se producirá después del alta hospitalaria**

**Sección A:**

- Proporcione el nombre, la fecha de nacimiento y el número de teléfono del paciente.
- Proporcione el nombre del receptor (destinatario) de la información. El receptor es quien va a recibir los registros. El receptor de la información puede ser alguien que no sea el paciente. Puede ser el cónyuge, el padre o la madre del paciente, un apoderado, otro proveedor de atención médica, etc. Si el nombre del receptor es el mismo que el del paciente, escriba "SELF" (UNO MISMO).
- Si el receptor es el paciente, proporcione la dirección del paciente. Si el receptor es diferente del paciente, proporcione la dirección y el número de teléfono del receptor.
- A continuación, marque el método de entrega: copia en papel, copia electrónica (CD) o compartición de imágenes electrónicas, (laboratorio vascular, TC, mamografía, IRM/ARM, rayos X, densidad ósea, PET, ecografía), correo electrónico o recogida. Si desea que le envíen la información por fax, indique el número de fax. Si es por correo electrónico, proporcione la dirección de correo electrónico. Si elige la opción de enviar al portal del paciente, regístrese en el portal por separado si aún no tiene acceso (las imágenes no se pueden enviar al portal). **Tenga en cuenta: Cualquier información que no se recoja dentro de los 5 días hábiles una vez completada, será enviada por correo a la dirección proporcionada.** Cuando se solicita que los registros médicos se envíen sin cifrar por correo electrónico o en CD, la información sobre su salud no está protegida contra el acceso no autorizado. **NOTA:** Si el establecimiento no puede acomodar una entrega electrónica según lo solicitado, se proporcionará un método de entrega alternativo (por ejemplo, copia en papel). No nos hacemos responsables del acceso no autorizado a la información médica protegida (PHI) contenida en este formato ni de los riesgos (por ejemplo, virus) que puedan introducirse en su computadora o dispositivo al recibir la PHI en formato electrónico o por correo electrónico.
- Indique cuándo vence este formulario. Ponga una fecha o un evento (ejemplo de evento: el final de mi terapia de paciente externo), pero no ambos. Si no se indica ninguna fecha o evento, la autorización vencerá un año después de la fecha de la firma.
- Proporcione la razón de la divulgación, por ejemplo: tratamiento adicional, propósitos de seguro, para abogado, uso personal, etc.
- En la **DESCRIPCIÓN** indique qué información está solicitando. Lo más común es el resumen, que contiene el resumen del alta, la historia y el examen físico, el informe de la sala de emergencias, las consultas y los informes operativos de los médicos, junto con los resultados de las pruebas, como las de laboratorio, radiología y patología. De lo contrario, indique la información específica que necesita. Indique las fechas de servicio.
- Ponga sus iniciales para indicar que reconoce y consiente que la información solicitada puede contener los tipos especiales de información enumerados.
- Puede haber una tarifa de copia para la información que usted solicitó. La mayoría de las solicitudes se enviarán a nuestro servicio de copias llamado MRO Disclosure Management Solutions. Su información de contacto para hacer preguntas, comprobar el estado o hacer un pago es 888-252-4146, opción 1, fax: 610-962-8421, o correo electrónico: requestinformation@mrocorp.com.
- Esta autorización no se utilizará para divulgar información médica protegida con fines de comercialización y/o venta de información médica protegida.

**Sección B:**

- El paciente debe firmar y fechar el formulario. O,
- El representante LEGAL del paciente debe firmar y fechar el formulario. **Los ejemplos de "autoridad representativa" apropiada incluyen, pero no se limitan a: apoderado, tutor legal o sustituto para la atención médica. (Un cónyuge no es un representante LEGAL a menos que tenga un poder LEGAL o un documento de sustitución para cuidados médicos). Una copia de los documentos LEGALES debe presentarse con esta solicitud.**
- Los pacientes mayores de 18 años deben solicitar sus propios registros, a menos que no puedan firmar esta autorización por razones legales.
- Envíe una copia de la identificación del paciente o de los documentos legales mencionados arriba, junto con esta solicitud, a The Valley Hospital, HIM Department, 223 N. Van Dien Ave, Ridgewood, NJ 07450.