



228 Lafayette Street, Newark, NJ 07105
 69 Pulaski Street, Newark, NJ 07105
 332 South 8th Street, Newark, NJ 07103
 491 Clinton Avenue, Newark, NJ 07108
 Telephone (973) 789-8111

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente (Apellido, Nombre): _____ Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA): _____
 # De Cuenta: _____ MRN #: _____

Nombre del Paciente: _____

Dirección: _____

De Teléfono (celular/casa): _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Correo electrónico: _____

DESTINATARIO: Nombre de la organización/persona a quien el hospital/centro médico puede divulgar mi información de salud, incluyendo la dirección, teléfono y/o número de fax del destinatario, según corresponda. (Nota: para la recogida por otra persona, dicha persona deberá presentar una identificación para su verificación.)

Nombre del destinatario: _____

Dirección del destinatario: _____

de Fax del destinatario: _____ **# de teléfono del destinatario:** _____

Fecha (s) de tratamiento que se divulgarán: _____

Tipo de información que se divulgará: (Marque las casillas correspondientes e incluya otra información donde se indique)

- Datos demográficos
- Consultas
- Resumen médico
- Registro de la sala de emergencias
- Informe de patología
- Si corresponde: fotografías, imágenes, videos. Debe especificar la fecha del procedimiento: _____

- Historia clínica y examen físico
- Informe(s) operatorio(s)
- Resumen de alta
- Informe(s) de laboratorio
- Registro completo
- Informe de radiología
- Otro: _____

Propósito de la divulgación:

- Atención médica
- Seguro
- Personal

- Asuntos legales
- Incapacidad
- Otro: _____

Opciones de entrega:

- Papel** () Para recoger () Correo postal a la dirección indicada arriba
- Electrónico** (formato a acordar mutuamente): _____

Entiendo que la información que se divulgará incluye mi identidad, diagnóstico y tratamiento, incluyendo **ALCOHOL, DROGAS, PRUEBAS GENÉTICAS, SERVICIOS DE SALUD MENTAL O CONDUCTUAL, DERECHOS REPRODUCTIVOS, SIDA, VIH, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, TUBERCULOSIS** y otras **ENFERMEDADES INFECCIOSAS**, según corresponda.

Esta autorización vencerá automáticamente 120 días después de la fecha de mi firma, a menos que especifique lo contrario, indicando que esta autorización terminará en la siguiente fecha o concurrentemente con el siguiente evento o condición: _____

Firma del Paciente/Garante Legal: _____ **Fecha:** _____