

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 la(s) entidad(es) de Yale New Haven Health/Yale Medicine que se mencionan a continuación:

para que **DIVULGUE(N)** información de mi expediente médico **A:** para que **OBTENGA(N)** información **DE:**

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

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

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

Si se le solicitan archivos médicos a un proveedor/clínica externo para el cuidado de un paciente en YNHHS, proporcionar el nombre de la sede de YNHH a dónde enviar la información médica.

Nombre del proveedor de YNHH: _____

Dirección completa: _____

Fax: _____ Teléfono: _____

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: _____

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

Lugar: Yale-New Haven Hospital (Campus York Street/St. Raphael/Smilow Care Center)

Bridgeport Hospital Greenwich Hospital

Nombre de la clínica/proveedor de NEMG: _____

Nombre de la clínica/proveedor de Yale Medicine: _____

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 YNHHS (*YNHHS 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 YNHHS/Yale Medicine 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 CT. 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:

**Yale New Haven Health
Health Information Management
Release of Information Services
PO Box 9565
New Haven, CT 06535**

Núm. de fax del hospital de YNHHS: 203-688-4645

Núm. de Fax del proveedor de NEMG: 203-200-1286

Núm. de Fax del proveedor de YM: 203-200-1287

Correo electrónico: releaseofinfo-Hosp@ynhh.org

Correo electrónico: releaseofinfo-NEMG@ynhh.org

Correo electrónico: releaseofinfo-YM@ynhh.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 203-688-2231

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

