



## Autorización de DIVULGACIÓN de información

*Este formulario es para la divulgación de información a otros médicos, centros, escuelas o agencias externas.  
El formulario se usará, además, cuando un paciente solicite que se trasladen sus expedientes.*

Por este medio doy mi consentimiento y autorizo a Primary Care Partners \_\_\_\_\_  
(Nombre del centro de atención médica) a divulgar ante el centro o la persona aquí mencionada información sobre mis expedientes clínicos en relación con mi tratamiento. Esta divulgación estará **limitada** a los informes específicos **dentro de las fechas específicas de tratamiento** que indico a continuación. Comprendo que este consentimiento operará como una liberación completa de responsabilidad de Primary Care Partners, el centro de atención médica y sus empleados para la divulgación de información según se especifica a continuación.

PROPÓSITO \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHAS DE TRATAMIENTO REQUERIDAS: \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ (especifique mes y año)

### **INFORMES ESPECÍFICOS/INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN:** (marque los casilleros correctos)

- Resumen: Ficha médica, aptitud física e historial, resumen de alta, todas las pruebas médicas, sección operativa
- Todos los exámenes médicos: Análisis de laboratorio, ECG, rayos X, sección operativa
- Inmunización/solo información de vacunas
- Copia completa
- Expedientes certificados
- Películas de radiología
- Instrucciones de alta
- Conciliación de medicamentos
- Electroencefalograma/estudio del sueño
- OTRO \_\_\_\_\_

**La divulgación de la siguiente información se considera estrictamente confidencial y exige la firma de pacientes de 12 años o más:**

- Pruebas genéticas/expedientes de tratamientos
- Expedientes de anticoncepción
- Pruebas de enfermedades de transmisión sexual
- Expedientes de tratamientos por alcohol o drogas
- Expedientes de tratamientos psiquiátricos
- Expedientes de tratamientos del virus de inmunodeficiencia humana (HIV, por sus siglas en inglés)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS, por sus siglas en inglés) (si su información contiene datos relacionados con el HIV/AIDS, debe marcar este casillero)

*Según la discretación del centro de atención, una cuota por la copia de sus expedientes clínicos puede facturarse al paciente o a su representante legal autorizado de acuerdo con el N.J.A.C. § 8:43G- 15.3(d)(1)(2)(i)-(ii), estándar de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) § 164.524 (c). El tiempo de procesamiento variará según el estado del expediente.*

### **DIVULGADO A:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

Forma de entrega:  Retiro  Envío por correo  Otra \_\_\_\_\_

A menos que yo revoque la autorización, esta tiene una **validez de 6 meses** a partir de la fecha antes mencionada. Las revocaciones DEBEN realizarse por escrito. Es posible que la revocación no pueda tener efecto si ya se han tomado medidas con respecto a esta autorización. Tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y que esto no afecte mi capacidad para recibir tratamiento, pagos del seguro o beneficios de elegibilidad. Cuando se use o comparta mi información según esta autorización, el receptor podrá compartirla con otras personas y mi información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) ya no estará bajo la protección de la regla de privacidad de la HIPAA. He leído y comprendido los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del uso y la divulgación de mi información de salud. Por la presente, voluntaria y conscientemente, autorizo a Primary Care Partners a utilizar o divulgar mi información de salud de la manera descrita anteriormente.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente en letras de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_  
(Para cierta información, se requiere la firma del paciente que tenga 12 años o más)

*Si la persona es menor de 12 años, o está imposibilitada de firmar esta autorización, complete la información a continuación:*

Representante autorizado o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_