



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección del paciente: _____
 (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono del paciente: _____ Otro teléfono: _____

Por el presente, autorizo a Middlesex Health a revelar/obtener toda la información médica sobre el tratamiento del paciente mencionado arriba. Abajo aparecen algunas condiciones médicas muy sensibles que necesitan autorización individual, o de lo contrario no se revelará la información.

Autorizo a Middlesex Health a: _____ **Revelar mi expediente a: U** **Obtener mi expediente de:**

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Autorizo que se revelen/obtengan los siguientes documentos del expediente médico (marque todo lo que corresponda):

➔ **FECHAS DEL SERVICIO:** _____

- Resumen: (historia y examen físico, resumen del alta, informe de la visita, informe del Departamento de Emergencias (Emergency Department), informe de la operación/procedimiento, informe de patología, resultados de laboratorio, informe de radiología) Expediente médico integral
- Informe de radiología Informe de la operación/procedimiento Notas de terapia (PT/OT/terapia del habla/quimioterapia/radioterapia)
- Informe de patología Registro de la sala de emergencias Resumen del alta Pruebas de cardiología
- Lista de medicamentos Registro de vacunas Prueba de función de los pulmones
- Resultados de laboratorio Medicina familiar Multiespecialidad Surgical Alliance
- Coordinación de la atención Middlesex Health - Atención primaria Otro (especifique): _____

Marque el área clínica para la que pide el expediente médico:

- Hospitalización Emergencias Operación ambulatoria Atención de urgencia
- Multiespecialidad Surgical Alliance MHPC (escriba el lugar): _____
- Urología Medicina familiar Crescent Street OB/GYN
- The Beit Paely Center for Mental Health Otro: _____

Si no está solicitando su propio expediente médico, las leyes estatales y federales protegen las categorías de información listadas abajo. Indique si quiere que dicha información se revele/obtenga y, si es así, indique las fechas de servicio (o todas las fechas) cuando corresponda. Si se deja en blanco, dicha información NO se revelará:

- Salud reproductiva → Fechas del servicio: _____ SÍ NO Iniciales: _____
*La salud reproductiva incluye todos los servicios médicos, quirúrgicos, de orientación o remisión relacionados con el sistema reproductivo humano, incluyendo, entre otros, los servicios de embarazo, anticoncepción o interrupción del embarazo.
- Atención de afirmación de género → Fechas del servicio: _____ SÍ NO Iniciales: _____
- Enfermedades de transmisión sexual → Fechas del servicio: _____ SÍ NO Iniciales: _____
- Pruebas y resultados de VIH → Fechas del servicio: _____ SÍ NO Iniciales: _____
- Consumo de alcohol, drogas o sustancias → Fechas del servicio: _____ SÍ NO Iniciales: _____
- Registros de salud mental/psiquiatría → Fechas del servicio: _____ SÍ NO Iniciales: _____
- Registros de pruebas genéticas → Fechas del servicio: _____ SÍ NO Iniciales: _____

El objetivo de la revelación o uso es por el siguiente motivo (opcional):

- Médico Legal Discapacidad Seguro Por pedido del paciente Otro: _____

Firmando este formulario de autorización:

- Entiendo que Middlesex Health no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir beneficios con mi firma en esta autorización. Reconozco que firmo esta autorización libremente, y que nadie me obligó ni presionó para firmarla.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo por escrito a:
Director, Health Information Management
Middlesex Health
28 Crescent Street
Middletown, CT 06457
- Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya revelado en respuesta a esta autorización.
- Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley dé a mi aseguradora el derecho a impugnar un reclamo según mi póliza.
- **Entiendo que si la información médica protegida (información del expediente médico) que se revela según esta autorización es información confidencial relacionada con el VIH/SIDA o con el consumo de alcohol o drogas, el receptor no podrá volver a revelar dicha información según la Ley del Estado de Connecticut y la Ley federal.**
- **Entiendo que es posible que la Información médica protegida (información del expediente médico) revelada según esta autorización ya no esté protegida por la ley estatal ni la ley de privacidad médica federal y que la persona o entidad que la reciba podría volver a revelarla.**
- Entiendo que MyChart solo tiene partes seleccionadas de mi expediente médico y NO es mi expediente médico integral legal oficial.

Método de revelación:

MyChart
 Correo
 Electrónicamente (portal del paciente)
 Correo electrónico *Elijiendo esta opción, entiendo que los servicios estándar de correo electrónico como Gmail y otros proveedores privados de correo electrónico no son seguros ni están encriptados. Esto significa que los mensajes de correo electrónico se pueden interceptar. A pesar de estos riesgos, comprendo los riesgos que implica y quiero que mi expediente médico se envíe al siguiente correo electrónico:

A menos que se revoque, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, acontecimiento o condición: _____
Si no especifico una fecha de vencimiento, acontecimiento o condición, esta autorización vencerá un año después de la fecha de firma de abajo.

Envíe la autorización completada por correo, fax o correo electrónico como se indica abajo:

Dirección: Middlesex Health
 Health Information Management
 Release of Information Unit
 28 Crescent Street
 Middletown, CT 06457

Número de fax: 860-358-6366

Correo electrónico: Release_of_Information@midhosp.org

Firma del paciente/representante del paciente

Fecha

Relación con el paciente:
 Usted
 Padre/madre
 Tutor
 Curador
 Apoderado

 Administrador/albacea
 Familiar más cercano documentado

Si firma el representante legal, adjunte la documentación adecuada para verificar.

Complete la sección abajo solo si la persona que pide el expediente no es el paciente, sino una autoridad legal (p. ej., curador, representante para la atención médica, apoderado, albacea).

| | | |
|--|---|---|
| <u>Verificación de la autoridad legal</u> | <u>Nombre de la autoridad legal</u> | <u>Relación con el paciente</u> |
| | | |
| <u>Dirección y teléfono del representante</u> | <u>Verificación de identidad</u> (solo para uso interno) | <u>Verificación de autoridad</u> (solo para uso interno) |
| | | |

AVISO

Expediente y comunicación psiquiátrica

Si la información revelada constituye comunicaciones privilegiadas entre el psiquiatra y el paciente:

“La confidencialidad de este expediente se exige según el capítulo 899 de los Estatutos generales de Connecticut. Este material no se transmitirá a nadie sin el consentimiento por escrito u otra autorización, según lo indicado en los estatutos de arriba”. (§ 52-146i)

Expediente de abuso de drogas y alcohol

Si la información revelada está protegida por las reglamentaciones de confidencialidad del expediente de pacientes con consumo de alcohol y drogas del HHS:

“Este expediente que se le reveló está protegido por las normas federales de confidencialidad (42 CFR, parte 2). Las normas federales le prohíben hacer cualquier otra revelación de este expediente, a menos que dicha revelación esté expresamente permitida con el consentimiento por escrito de la persona cuya información se está revelando en este expediente o esté permitida de otra manera por 42 CFR, parte 2. Una autorización general para la revelación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito (consulte § 2.31). Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar por un delito a cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, a excepción de lo dispuesto en §§ 2.12(c)(5) y 2.65”.

Información relacionada con el VIH

Si la información revelada es información confidencial relacionada con el VIH protegida según la Ley de Connecticut:

“Esta información se reveló del expediente cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal le prohíbe revelarla sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita la ley. Una autorización general para la revelación de información médica o de otro tipo **NO** es suficiente para este propósito”. Estatutos generales de Connecticut, 19a-585(a)

Salud reproductiva

Si la información revelada constituye información de servicios de salud reproductiva protegida por la Ley de Connecticut:

“Esta información se reveló del expediente cuya confidencialidad puede estar protegida por la ley estatal. Un paciente o el curador, tutor u otro representante autorizado del paciente tiene derecho a negar su consentimiento por escrito para revelar esta información, a menos que la ley permita la revelación de información de servicios de salud reproductiva sin consentimiento por escrito, como, por ejemplo:

- (1) según la ley de Connecticut o las normas del tribunal prescritas por el Poder Judicial de Connecticut;
- (2) al abogado o asegurador de una entidad cubierta para su uso en la defensa de una acción o procedimiento;
- (3) al comisionado de salud pública en relación con la investigación de una reclamación, si dicho expediente está relacionado con la reclamación, o
- (4) si se tiene conocimiento o se sospecha de buena fe de maltrato infantil, maltrato de un adulto mayor, maltrato de una persona con discapacidad física o incompetente, o maltrato de una persona con discapacidad intelectual”.