

Conforme a la sección 164.524 del título 45 del Código de Regulaciones Federales, Middlesex Health reconoce el derecho del paciente al amparo de la HIPAA a acceder a copias de su información de salud y a ordenar a Middlesex Health el envío de su información de salud a otra persona o entidad designada.

Información del paciente: (en letras de imprenta)

Nombre:	Apellidos:	Sufijo:	
Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA:	Teléfono principal:	Correo electrónico:	
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

¿Qué registros quiere? (Marque las casillas correspondientes a continuación) <input type="checkbox"/> Resumen <input type="checkbox"/> Registro completo			
Fechas de servicio: ___/___/___ hasta el ___/___/___			
Hospital	Práctica del proveedor	Diagnósticos	Salud conductual**
<input type="checkbox"/> Hospitalización	<input type="checkbox"/> Medicina familiar	<input type="checkbox"/> Informe(s) de radiología	<input type="checkbox"/> Psiquiatría con hospitalización (N7)
<input type="checkbox"/> Urgencias	<input type="checkbox"/> Multiespecialidad	<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología	<input type="checkbox"/> Centro de crisis
<input type="checkbox"/> Cirugía ambulatoria	<input type="checkbox"/> Alianza quirúrgica	<input type="checkbox"/> Patología	<input type="checkbox"/> Centro de salud conductual
<input type="checkbox"/> Atención Inmediata	<input type="checkbox"/> MHPC (indique el centro):	<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Defensa de la familia
<input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Otro:
**Si no desea divulgar toda su información de salud conductual, indique la información a excluir aquí:			
¿A quién debemos proporcionar los registros? <input type="checkbox"/> Al paciente <input type="checkbox"/> A otra persona o entidad (indique a continuación):			
Nombre del receptor:		Teléfono del receptor:	
Domicilio postal del receptor:			
Formato solicitado: <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Portal del Paciente <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Otro			
Método de entrega solicitado: <input type="checkbox"/> Recogida en el centro <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Entrega electrónica			

Entiendo que mi solicitud se procesará en un plazo de 30 días.

*La información de los registros médicos divulgados en formatos electrónicos no cifrados (como el correo electrónico no cifrado) no está segura. Entiendo y acepto que existen riesgos asociados con la divulgación de la información de mis registros médicos cuando se usan formatos electrónicos no cifrados, así como el acceso de un tercero no deseado. Si solicito que Middlesex Health proporcione la información de mis registros médicos en un formato no cifrado, Middlesex Health no será responsable del acceso no autorizado a esta información mientras esté en tránsito. Además, Middlesex Health no es responsable de salvaguardar la información de mis registros médicos una vez que se haya entregado.

 Firma del paciente y fecha
 (Requerido si el receptor es un tercero)

 Representante del paciente y fecha
 Padre/madre
 Tutor
 Poder notarial
 Copia del poder notarial o documentación del curador

Nota: El paciente debe firmar si recibe los registros por correo electrónico o en un dispositivo portátil electrónico.

Administrative Use Only (para uso interno)

Medical Record Number: _____	Walk-ins: <input type="checkbox"/> Photo ID <input type="checkbox"/> Signature	Phone/Email/Mailed/Faxed Unsigned Request Verify minimum of 2: <input type="checkbox"/> Birthdate <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> Address <input type="checkbox"/> Surgeon
Date Received: _____	Mailed/Faxed Signed Request <input type="checkbox"/> Signature Comparison	<input type="checkbox"/> Insurance

AVISO

Registros psiquiátricos y comunicaciones

En el caso de que la información constituya comunicaciones privilegiadas entre el psiquiatra y el paciente:

“Se exige la confidencialidad de este registro al amparo del capítulo 899 de las Leyes Generales de Connecticut. Este material no se transmitirá a nadie sin el consentimiento por escrito u otra autorización según lo dispuesto en las leyes mencionadas anteriormente.” (Sección 52-146i)

Registros de abuso de drogas y alcohol

En el caso de que la información divulgada esté protegida por las Regulaciones de Confidencialidad de Abuso de Alcohol y Drogas de HHS:

“Esta información le ha sido divulgada de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (parte 2 del título 42 del Código de Regulaciones Federales). Las reglas federales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que la parte 2 del título 42 del Código de Regulaciones Federales permita la divulgación adicional. **NO** es suficiente una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo para este propósito. Las reglas federales restringen todo uso de la información para investigar penalmente o procesar a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.” (Sección 2.32 del título 42 del Código de Regulaciones Federales)

Información relacionada con el VIH

En el caso de que la información divulgada constituya información confidencial relacionada con el VIH protegida por la Ley de Connecticut:

“Esta información le ha sido revelada a usted a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal le prohíbe hacer más divulgación de la misma sin el consentimiento por escrito específico de la persona a la que pertenece, o según lo permita la ley. **NO** es suficiente una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo para este propósito.” Sección 19^a-585(a) de las Leyes Generales de Connecticut.