|  |  |
| --- | --- |
|  | **Solicitud de divulgación del registro médico del paciente** |

Por medio de este documento autorizo a Middlesex Health System a divulgar/obtener toda la información médica con respecto al tratamiento del paciente mencionado, incluso información vinculada con el diagnóstico o tratamiento de enfermedades mentales, abuso de drogas/alcohol o información confidencial relacionada con VIH.

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento:

Fechas del tratamiento:

Entregar información a (nombre): Teléfono:

Dirección:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipos de registros solicitados:** | Hospital  Departamento de Emergencias  Atención de urgencia  Salud conductual  Multiespecialidad  MHPC | Informes de radiología  Imágenes radiológicas  Informes de laboratorio  Informes de patología  Surgical Alliance  Medicina familiar | Notas de terapia:  (Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, quimioterapia, radioterapia)  Resultados diagnósticos:  (Estudio del sueño, cardiología, neurología, neumología)  Otro: |
| **Alcance:** | Resumen: Antecedentes/exploración física, resumen del alta, informe operativo  e informes de patología, del Departamento de Emergencias, de laboratorio y de radiología.  Completo: Todo el registro. | | |
| **Formato solicitado:** | Papel  Portal seguro para pacientes (dirección de correo electrónico):  Medios electrónicos portátiles (CD, unidad USB, etc.)  Correo electrónico personal (dirección de correo electrónico):  \*Consulte el descargo de responsabilidad que aparece más adelante. | | Método de entrega solicitado:  Recoger en el sitio · Correo · Entrega por medios electrónicos |

Entiendo que mi solicitud se procesará en un plazo no mayor de 30 días.

\*La divulgación de información de un registro médico con el uso de formatos electrónicos no cifrados (como el correo electrónico no cifrado) no es segura. Entiendo y acepto que existen riesgos asociados con entregar la información de mi registro médico empleando formatos electrónicos no cifrados, riesgos que incluyen el que un tercero no deseado tenga acceso a ella. Si solicito que Middlesex Health System proporcione la información de mi registro médico en un formato no cifrado, Middlesex Health System no se hace responsable del acceso no autorizado a dicha información durante el envío. Además, Middlesex Health System no se hace responsable de salvaguardar la información de mi registro médico tras haberla entregado.

Firma del paciente y fecha Representante del paciente y fecha

(Datos requeridos si el receptor es un tercero)  Padre/madre  Tutor  Poder notarial

Copia del poder notarial o documentos del curador

**Nota: El paciente debe firmar el acuse de recibo si los registros se le entregan**

**por correo electrónico o en un dispositivo electrónico portátil.**

**Exclusivo para uso administrativo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Número de registro médico:    Fecha de recepción: | **Visitas sin cita previa:**  Identificación con fotografía  Firma  **Solicitud firmada presentada por correo/fax:**  Cotejo de la firma | **Solicitud sin firma presentada por teléfono/correo electrónico/correo/fax**  **Verificar al menos dos de los siguientes datos:** | |
| Fecha de nacimiento  Dirección  Seguro | Médico de cuidado primario  Cirujano |

Spanish Final (01-09-17), pág. 1 de 2

**AVISO**

**Registros psiquiátricos y comunicaciones**

En caso de que la información divulgada constituya comunicaciones protegidas por la relación psiquiatra-paciente:

"El capítulo 899 de las Leyes Generales de Connecticut exige preservar la confidencialidad de este registro. Este material no debe transmitirse a ninguna persona sin el consentimiento por escrito u otra autorización de conformidad con las leyes mencionadas". (Sección 52-146i).

**Registros sobre el abuso de drogas y alcohol**

En caso de que la información divulgada esté protegida por los reglamentos del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) relativos a la confidencialidad de los registros de pacientes con antecedentes de abuso de alcohol y drogas:

"La información que se le ha entregado proviene de registros protegidos por las reglas de confidencialidad federales (Título 42 del Código de Regulaciones Federales , Parte 2). Las reglas federales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de esta información a menos que el Título 42 del CFR, Parte 2, lo permita de manera expresa. Para este propósito **NO** es suficiente contar con una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información con el fin de investigar o enjuiciar penalmente a un paciente con antecedentes de abuso de alcohol o drogas". (Título 42 del CFR, Sección 2.32).

**Información relacionada con VIH**

En caso de que la información divulgada constituya información confidencial relacionada con VIH protegida por la ley del estado de Connecticut:

"La información que se le ha entregado proviene de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal le prohíbe realizar cualquier divulgación adicional de esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que concierne, o según lo permita la ley. Para este propósito **NO** es suficiente contar con una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole". Leyes Generales de Connecticut, Sección 19a-585(a).

**Declaración de no discriminación y avisos sobre los servicios de asistencia lingüística**

**English**: Middlesex Health System complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATTENTION: If you speak a language other than English, are deaf or hard of hearing, language assistance services are provided free of charge. Call 1-860-358-6000 or TTY 1-860-358-4499.

**Español (Spanish):** Middlesex Health Systems cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-860-358-6000 TTY: 1-860-358-4499.

**Polski (Polish):** Middlesex Health Systems postępuje zgodnie z obowiązującymi federalnymi prawami obywatelskimi i nie dopuszcza się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie, wiek, niepełnosprawność bądź płeć.UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-860-358-6000 TTY: 1-860-358-4499.

**Italiano (Italian)**: Middlesex Health Systems è conforme a tutte le leggi federali vigenti in materia di diritti civili e non pone in essere discriminazioni sulla base di razza, colore, origine nazionale, età, disabilità o sesso. ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti.  Chiamare il numero 1-860-358-6000 TTY: 1-860-358-4499.

Spanish Final (01-09-17), pág. 2 de 2