

**AUTORIZACIÓN PARA LA
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
DE SALUD PROTEGIDA**

ENVÍE LA SOLICITUD DE VUELTA A:

Correo postal: Nuvance Health
The Summit
Attn.: Health Information Management
100 Reserve Road
Danbury, CT 06810

Fax: (203) 749-9000

Correo electrónico:
medicalrecords@nuvancehealth.org

Teléfono: (203) 739-7218

**** No es posible recoger los registros en The Summit, Danbury Hospital ni New Milford Hospital. Consulte la página 2 para conocer lugares alternativos donde recogerlos.**

CENTRO	<input type="checkbox"/> Danbury Hospital	<input type="checkbox"/> Putnam Hospital	<input type="checkbox"/> Vassar Brothers MC
	<input type="checkbox"/> New Milford Hospital	<input type="checkbox"/> Sharon Hospital	
	<input type="checkbox"/> Northern Dutchess Hospital	<input type="checkbox"/> The Heart Center	
	<input type="checkbox"/> Norwalk Hospital	<input type="checkbox"/> The Thompson House	
	<input type="checkbox"/> Consultorios médicos de Nuvance Health: consultorio/Dr. _____		
	Estado del consultorio médico: <input type="checkbox"/> Connecticut <input type="checkbox"/> Nueva York		

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
	Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
	Número de teléfono: (____) _____ * Si el paciente es menor de edad ¿vive con sus padres? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE	Por la presente autorizo a Nuvance Health a divulgar los registros descritos a continuación a la siguiente persona u organización que he especificado en esta sección.
	Nombre: _____ Número de teléfono: (____) _____
	Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
	Correo electrónico: _____ Número de fax: (____) _____
	Propósito: <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador <input type="checkbox"/> Discusión verbal <input type="checkbox"/> Personal

INFORMACIÓN A DIVULGAR	Fecha(s) de servicio: Desde: _____ Hasta: _____	<p>* Si los registros contienen alguna de la siguiente información sensible, escriba sus iniciales donde se muestra en esta sección indicando que usted autoriza de manera específica la divulgación de estos registros sensibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Abuso de drogas/alcohol (INICIALES: _____) ◆ Salud mental (INICIALES: _____) ◆ VIH/SIDA-ETS (INICIALES: _____) ◆ Pruebas genéticas (INICIALES: _____) ◆ Servicios de atención a la salud reproductiva (INICIALES: _____)
	<input type="checkbox"/> Extracto del registro (resumen) <input type="checkbox"/> Informe de laboratorio/patología <input type="checkbox"/> Registro completo <input type="checkbox"/> Informe de radiología <input type="checkbox"/> Registro de la sala de emergencias <input type="checkbox"/> CD de radiología <input type="checkbox"/> Notas de visitas al consultorio <input type="checkbox"/> Registro de medicamentos/vacunas <input type="checkbox"/> Historial e informe físico <input type="checkbox"/> Estados de facturación <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Terapia física/ocupacional/del habla <input type="checkbox"/> Informe de operación/procedimiento <input type="checkbox"/> Otro: _____	

FORMATO <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Electrónico	MÉTODO DE ENTREGA <input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Entrega por vía electrónica segura (correo electrónico)
--	--

De acuerdo con las leyes estatales y federales, comprendo que, si el destinatario de la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por la Regla Federal de Privacidad, la información utilizada o divulgada según lo descrito arriba puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y ya no estará protegida por la Regla de Privacidad. Sin embargo, es posible que otras leyes estatales o federales le prohíban al destinatario divulgar información protegida de forma especial, como información sobre pruebas genéticas, información sobre tratamientos por abuso de sustancias, información relacionada con el VIH/SIDA, información psiquiátrica/de salud mental e información sobre salud reproductiva. Se me informó que mi negativa a otorgar el consentimiento para la divulgación de información relacionada con el tratamiento psiquiátrico no comprometerá mi derecho a obtener tratamiento psiquiátrico en el presente o en el futuro, excepto cuando la divulgación de la comunicación y los registros sea necesaria para dicho tratamiento. Comprendo que no estoy obligado a firmar esta autorización como condición para el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios. Comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya llevado a cabo alguna acción con respecto a la misma. La carta de revocación debe enviarse al Departamento de Gestión de Información de Salud del centro Nuvance Health indicado arriba.

Esta autorización expirará el ____/____/____. Si no se especifica ninguna fecha de expiración, la autorización expirará a los 12 (doce) meses contados a partir de la fecha de la firma. Al firmar a continuación, reconozco que leí y comprendo este formulario de autorización.

Firma del paciente o representante autorizado (tutor/agente/sustituto)

Fecha

Nombre en letra de imprenta del representante autorizado

Relación con el paciente/autoridad para actuar en su nombre

Si está firmado por el representante del paciente, especifique la relación con el paciente y la autoridad para actuar en su nombre. Si el paciente es menor de edad (menos de 18 años) o tiene un tutor legal, en la mayoría de los casos, su padre, madre o tutor legal debe firmar esta autorización. Deberá proporcionarse una copia de la documentación legal. Si un paciente menor de edad está recibiendo tratamiento por problemas psiquiátricos, abuso de drogas/alcohol, enfermedades de transmisión sexual (ETS) o VIH/SIDA, pruebas genéticas y servicios de salud reproductiva, puede ser necesario el consentimiento del menor para la divulgación de los registros. Si el hospital/proveedor determina que el consentimiento del menor es necesario para divulgar los registros solicitados, este se pondrá en contacto con el menor para obtener su autorización.

CENTROS PARA RECOGER REGISTROS: visite el Departamento de Gestión de Información de Salud (Registros Médicos) en los siguientes centros para obtener su historia clínica de Nuvance. Estos centros pueden acceder a los registros de los hospitales y consultorios médicos de Nuvance, tanto en CT como en NY, previa solicitud.

- Norwalk Hospital: el Departamento de Gestión de Información está ubicado en 333 Post Road West, Westport, CT.
- Northern Dutchess Hospital: Rhinebeck, NY.
- Putnam Hospital: Carmel, NY.
- Sharon Hospital: Sharon, CT.
- Vassar Brothers Medical Center: Poughkeepsie, NY.

EXTRACTO DEL REGISTRO Y DEFINICIÓN DEL REGISTRO COMPLETO PARA REGISTROS DE CUIDADOS AGUDOS

- **Extracto del registro:**

Este es un conjunto parcial de registros de la consulta del paciente. Este conjunto se compone de notas del proveedor y de enfermería del Departamento de Emergencias, historial y examen físico, consultas, informes de operaciones/procedimientos, resumen de altas e informes de pruebas diagnósticas.

- **Registro completo:**

Este es el conjunto completo de registros que contiene toda la documentación relacionada con la consulta del paciente. Este conjunto se compone de notas del proveedor y de enfermería del Departamento de Emergencias, historial y examen físico, consultas, notas de evolución, informes de operaciones/procedimientos, resumen del alta, informes de pruebas diagnósticas, registros de administración de medicamentos, cuidados pre y posoperatorios, consentimientos, instrucciones de alta, hoja de ruta de la ambulancia y todos los documentos creados durante la consulta.

EXTRACTO DEL REGISTRO PARA LOS REGISTROS DEL CONSULTORIO MÉDICO

- El extracto del registro del consultorio médico se compone de las notas de la visita al consultorio y de los informes de las pruebas diagnósticas.

NOTIFICACIÓN Y PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN

Menores:

Si un menor tiene autoridad para otorgar su consentimiento para un servicio de atención médica en particular sin el consentimiento de sus padres o de otro tipo, o si el padre, la madre o el tutor han acordado la confidencialidad entre el proveedor y el menor, el menor tiene autoridad exclusiva para ejercer sus derechos en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés). Por ejemplo, en circunstancias apropiadas, los menores pueden otorgar su consentimiento para someterse a las pruebas y el tratamiento del VIH, el tratamiento por abuso de alcohol y drogas, el tratamiento ambulatorio de salud mental o el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual sin el consentimiento de los padres. En los casos en que el menor proporcione su consentimiento, los padres y demás personas no serán reconocidos como representantes personales y, por lo tanto, no tendrán acceso a la información de salud protegida (ISP) del paciente menor de edad relacionada con el tratamiento.

Registros psiquiátricos y comunicaciones:

Si la información divulgada contiene información psiquiátrica confidencial protegida por la legislación de Connecticut:

Esta información le ha sido revelada procedente de registros cuya confidencialidad está protegida por la legislación estatal. La legislación estatal le prohíbe volver a divulgarla o utilizarla para cualquier otro fin que no sea el indicado arriba sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permita la ley.

Si la información divulgada contiene historias clínicas protegidas en virtud de la Ley de Higiene Mental de Nueva York:

Esta información le ha sido revelada procedente de registros cuya confidencialidad está protegida por la legislación estatal. La legislación estatal le prohíbe volver a divulgarla sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permita la ley.

Registros sobre abuso de drogas y alcohol:

Si la información divulgada está protegida por los reglamentos de confidencialidad de registros de pacientes sobre abuso de alcohol y drogas del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés): Esta información le ha sido revelada procedente de registros protegidos por reglamentos federales de confidencialidad (Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales [CFR, por sus siglas en inglés]). Las reglas federales le prohíben volver a divulgar esta información a menos que dicha divulgación esté permitida expresamente por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por la Parte 2 del Título 42 del CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con problemas de abuso de alcohol o drogas.

Información relacionada con el VIH/SIDA:

Si la información divulgada contiene información confidencial relacionada con el VIH protegida por la legislación de Connecticut:

Esta información le ha sido revelada procedente de registros cuya confidencialidad está protegida por la legislación estatal. La legislación estatal le prohíbe volver a divulgarla sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permita dicha ley. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin.

Si la información divulgada contiene información confidencial relacionada con el VIH protegida por la legislación de Nueva York:

Esta información le ha sido revelada procedente de registros confidenciales protegidos por la legislación estatal. La legislación estatal le prohíbe volver a divulgar esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permita la ley. Cualquier divulgación posterior no autorizada que infrinja la ley estatal puede acarrear una multa o una condena en la cárcel, o ambas. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para volver a divulgarla.

Si es víctima de discriminación a causa de la divulgación de información relacionada con el VIH/SIDA, puede ponerse en contacto con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York llamando al 1-888-392-3644. Esta agencia es responsable de proteger sus derechos.

Servicios de atención a la salud reproductiva (Connecticut):

La información relativa a la prestación y recepción de servicios de atención a la salud reproductiva está protegida por la legislación de Connecticut (Ley Pública n.º 22-19). "Los servicios de atención a la salud reproductiva" incluyen todos los servicios médicos, quirúrgicos, de asesoramiento o de remisión relacionados con el sistema reproductivo humano, incluidos, entre otros, los servicios relacionados con el embarazo, la anticoncepción o la interrupción del embarazo. La ley estatal prohíbe la divulgación de cualquier comunicación sobre servicios de salud reproductiva de un paciente o de su custodio, tutor u otros representantes legales autorizados, o cualquier información obtenida mediante un examen personal del paciente en relación con los servicios de salud reproductiva, sin el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece, excepto en circunstancias limitadas, tal como se indica en la legislación. Como paciente, o como su custodio, tutor u otro representante legal autorizado, usted tiene derecho a denegar dicho consentimiento por escrito.