



## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LOS REGISTROS DEL PACIENTE

**Por favor escriba con LETRA IMPRENTA (excepto su firma) y proporcione la información completa en cada sección.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ No. Seg.: Soc. \_\_\_\_\_

1. Autorizo Hospital Universitario para que divulgue una copia de mis registros médicos a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

(persona o institución a quien se divulgará la información)

2. La parte o partes de mis registros médicos que deseo divulgar incluyen: \_\_\_\_\_

(por favor proporcione fechas de tratamiento, dónde se proporcionó el tratamiento, tipos de registros a excluir, si existen)

3. Propósito de la divulgación:  cuidado médico  legal  seguro  otro (especifique) \_\_\_\_\_

**Comprendo que si mis registros médicos contienen información relacionada con la historia, diagnóstico o tratamiento de cualquier problema psiquiátrico, enfermedad mental, abuso de drogas, alcoholismo, enfermedades sexualmente transmitidas o contagiosas, SIDA, o prueba para detectar la infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), mi firma de este documento autoriza Hospital Universitario a divulgar esa información. Reconozco y sé que Nueva Jersey cuenta con un privilegio normativo de acuerdo a las comunicaciones confidenciales entre un paciente y un médico o psicólogo registrado y que mi firma en este formulario anula dicho privilegio.**

**Una marca aquí indica mi creencia de que mis registros médicos pueden contener resultados de pruebas del ADN u otro tipo de información genética. Tal información está protegida especialmente por las leyes de Nueva Jersey y se comunicarán conmigo por separado, para pedirme un consentimiento específico para la divulgación de esta información.**

4. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento enviándonos un aviso por escrito al Director de Servicios de Registros Médicos, del Hospital Universitario, 150 Bergen Street B-439, Newark, NJ 07103, excepto hasta donde la del Hospital Universitario ya haya tomado acción ateniéndose a ella. En caso de no haber sido revocada previamente, este consentimiento expirará el \_\_\_\_\_

(indique un evento o la fecha de expiración).

5. Hospital Universitario no tomará decisiones en lo tocante al tratamiento, pagos, inscripción o elegibilidad para beneficios basándose en la firma, en no firmar o en la revocación de esta autorización.

6. Reconozco y sé que los usos y divulgaciones de mi información médica autorizadas por este documento pueden estar sujetas a la redivulgación por parte del destinatario y podrán no estar protegidas por las leyes de confidencialidad y privacidad.

7. Comprendo que se me puede cobrar por copias de mis registros médicos (\$1.00 por página).

Firma del paciente o guardián legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Parentesco, si no es el paciente: \_\_\_\_\_

Nota: Por favor envíe el formulario completo a la dirección que aparece arriba.