



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.