

PERMISO PARA ENVIAR INFORMACIÓN DE SALUD A UNA ENTIDAD CUBIERTA AFILIADA DE DARTMOUTH-HITCHCOCK

Utilice este formulario si necesita que un proveedor de atención médica envíe sus registros médicos a D-HH.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: () _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

REMITENTE

Autorizo a:
 Nombre del proveedor de salud: _____
 Dirección: _____ Fax: () _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

DESTINATARIOS

Mi información de salud debe enviarse a los siguientes centros de Dartmouth-Hitchcock Health:

<input type="checkbox"/> Alice Peck Day Health Information Services Ph: (603) 448-7433 Fax: (603) 640-1984	<input type="checkbox"/> Cheshire Medical Center HIM Dept. Ph: (603) 354-5477 Fax: (603) 354-6530	<input type="checkbox"/> Concord DH Medical Release Dept. Ph: (603) 229-5145 Fax: (603) 229-5146	<input type="checkbox"/> DHMC Release of Information Ph: (603) 650-7110 Fax: (603) 727-7869	<input type="checkbox"/> Manchester DH Health Information Services Ph: (603) 695-2820 Fax: (603) 676-4290	<input type="checkbox"/> Nashua DH Health Information Services Ph: (603) 577-4037 Fax: (603) 577-4039	<input type="checkbox"/> New London Hospital Release of Information Ph: (603) 526-5247 Fax: (603) 526-5051
--	---	--	---	---	---	--

Si mi información se envía por correo, devuelva los registros solicitados al siguiente departamento/sección o proveedor:

INFORMACIÓN DE SALUD QUE SE COMPARTIRÁ

Copias de mi información de salud correspondiente a las siguientes fechas: _____ **a** _____

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Informes del Departamento de Emergencias | <input type="checkbox"/> Vacunas |
| <input type="checkbox"/> Notas de evolución clínica de paciente internado | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio/patológicos | <input type="checkbox"/> Reportes operativos |
| <input type="checkbox"/> Notas de visita ambulatoria (consultorio) | <input type="checkbox"/> Formulario de examen físico escolar | <input type="checkbox"/> Informes radiográficos <input type="checkbox"/> Radiografías |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Registros de un proveedor específico: _____ | |

Por los siguientes motivos: _____

INFORMACIÓN SENSIBLE SOBRE LA SALUD

Si la información que se revelará contiene cualquiera de los tipos de información indicados a continuación, es posible que se apliquen leyes y/o requisitos de firmas adicionales. **Entiendo y acepto que esta información se enviará a Dartmouth-Hitchcock Health a las direcciones indicadas más arriba, A MENOS que anote mis iniciales junto a cada tipo de registro:**

- | | |
|--|--|
| _____ Registros de tratamiento de salud mental | _____ Registros de tratamiento de enfermedad de transmisión sexual (STD) |
| _____ Estudios genéticos | _____ Registros de tratamientos por abuso de alcohol/drogas |
| _____ Resultados de análisis de VIH/sida | |

DURACIÓN Y REVOCACIÓN

Esta autorización permanecerá vigente por un año a partir de la fecha de la firma indicada a continuación, a menos que aquí especifique otra fecha: _____ (fecha). Yo o mi representante personal podemos revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación, tal como se especifica en el Aviso de Prácticas de Privacidad; sin embargo, mi revocación no se aplicará a la información ya divulgada.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Entiendo que: Dartmouth-Hitchcock Health y _____ [NOMBRE DEL REMITENTE] no limitarán los servicios de atención de la salud que me ofrecerán aunque yo acepte o rechace firmar esta autorización. Una vez que esta información se entregue al receptor indicado más arriba, es posible que esa persona la comunique de una manera que no esté protegida por las reglamentaciones federales y estatales sobre privacidad. Mi proveedor de atención médica, quien la envía, puede cobrar una tarifa por procesar mi pedido.

FIRMA

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Nombre del paciente o representante personal (en letra de imprenta)

Descripción del poder del representante personal

INSTRUCCIONES:

Cómo usar el formulario “Permiso para enviar información de salud a Dartmouth-Hitchcock”

Este formulario debe usarse cuando usted necesite que su proveedor de atención de salud le envíe sus registros médicos a Dartmouth-Hitchcock. Si necesita que D-H le envíe sus registros médicos a otro proveedor de atención de la salud o a un tercero, use el formulario de autorización “Permiso para compartir información de salud del paciente”. El formulario se encuentra en: http://www.dartmouth-hitchcock.org/medical-information/medical_records_release_forms.html

Tenga en cuenta que el consultorio del proveedor de atención médica que remite puede tener requisitos adicionales para autorizar la divulgación de los registros a Dartmouth-Hitchcock.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Complete cada casillero como se indica con la siguiente información:

- Nombre del paciente (en letra de imprenta legible)
- Fecha de nacimiento del paciente
- Teléfono del paciente/representante personal
- Dirección postal del paciente, incluyendo ciudad, estado y código postal

REMITENTE

Indique a cuál proveedor de atención de salud autoriza a enviar registros médicos de usted a Dartmouth-Hitchcock:

- Nombre del proveedor de salud o del consultorio/establecimiento de dicho proveedor
- Dirección postal del proveedor de salud, incluyendo ciudad, estado y código postal
- Número de fax del consultorio del proveedor de salud

DESTINATARIOS

Verifique el centro de Dartmouth-Hitchcock Health donde desea que se envíe su información. Puede marcar varios centros. Si desea que sus registros médicos se envíen a un proveedor de atención médica específico en Dartmouth-Hitchcock Health, complete el nombre o departamento/sección del proveedor correspondiente (por ejemplo, Pediatría, Ortopedia, etc.).

INFORMACIÓN DE SALUD QUE SE COMPARTIRÁ

Complete el intervalo de fechas correspondiente a la información de salud cuyo envío a Dartmouth-Hitchcock usted solicita.

Marque los casilleros que describen la información cuyo envío a Dartmouth-Hitchcock usted solicita.

- En el caso de consultorios grupales de varios proveedores de salud, usted puede indicar que quiere que solamente un proveedor específico envíe los registros, para lo cual debe marcar el casillero de “Registros de un proveedor de salud específico” e indicar el nombre del proveedor en cuestión.

Describa el objetivo de los registros solicitados. Ejemplos: Transferencia a un nuevo proveedor, facilitación de tratamiento, resumen de tratamiento, etc. **Para que el formulario sea válido se debe completar esta sección.**

INFORMACIÓN SENSIBLE SOBRE LA SALUD

Dependiendo del estado donde ejerza su proveedor de atención de salud, podrían aplicarse leyes y/o requisitos de firma adicionales a las emisiones de categorías “sensibles” de la información sobre la salud. **Si usted no escribe sus iniciales en los espacios provistos**, el proveedor de atención médica puede divulgar información de naturaleza sensible según sea necesario para cumplir con su solicitud.

DURACIÓN Y REVOCACIÓN

Su autorización tendrá vigencia durante un año desde la fecha de su firma, salvo que usted especifique una fecha diferente en el espacio provisto para tal fin. Usted tiene derecho a revocar su permiso en cualquier momento. Tenga en cuenta que su revocación no se aplicará a ninguna información que se haya revelado con anterioridad. Para efectuar su revocación siga las instrucciones del Aviso de prácticas de privacidad del proveedor de atención de salud, o llame al consultorio del proveedor de salud donde se encuentran sus registros.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Lea esta sección del formulario. En el espacio en blanco, indique el nombre del proveedor de salud remitente.

FIRMA

Firme y anote la fecha de la autorización. Es posible que los pacientes de 12 a 17 años deban firmar este formulario —además de sus padres o su tutor legal—, según el tipo de atención médica recibida. Esto lo determinará el protocolo del proveedor de salud remitente.

Si usted no es el paciente, describa su relación y autoridad legal para firmar en nombre del paciente. En algunos casos, es posible que le soliciten documentación legal que verifique su autoridad legal (por ejemplo, tutor designado por un tribunal judicial, poder para atención médica, etc.). Consulte esos requisitos en el consultorio del proveedor de salud remitente.

Alice Peck Day Health Information Services 10 Alice Peck Day Dr. Lebanon NH 03766 Ph: (603) 448-7433 Fax: (603) 640-1984	Cheshire Medical Center HIM Dept. 590 Court St. Keene, NH 03431 Ph: (603) 354-5477 Fax: (603) 354-6530	Concord DH Medical Release Dept. 253 Pleasant St. Concord, NH 03301 Ph: (603) 229-5145 Fax: (603) 229-5146	DHMC Release of Information One Medical Center Dr. Lebanon, NH 03756 Ph: (603) 650-7110 Fax: (603) 727-7869	Manchester DH Health Information Services 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 Ph: (603) 695-2820 Fax: (603) 676-4290	Nashua DH Health Information Services 2300 Southwood Dr. Nashua, NH 03063 Ph: (603) 577-4037 Fax: (603) 577-4039	New London Hospital Release of Information 273 County Road New London, NH 03257 Ph: (603) 526-5247 Fax: (603) 526-5051
--	--	--	---	---	--	--