

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

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

**ESTABLECIMIENTO:**

Marque la ubicación actual de los registros que desea compartir:

Alice Peck Day  Cheshire Medical Center  DH-Concord  DHMC-Lebanon  DH-Manchester  DH-Nashua  
 Hanover Psychiatry  New London Hospital  Visiting Nurse and Hospice for VT/NH  Otro: \_\_\_\_\_

**DESTINATARIO: Autorizo a las entidades antes enumeradas a divulgar mi información a:**

Nombre de la persona o entidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**PROPÓSITO:**

Cuidado médico  Pago de reclamo del seguro de salud  Indemnización laboral  Legal  Personal  Determinación de discapacidad  
 Solicitud de seguro de vida  Transferencia de atención  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ:**

COMUNICACIÓN VERBAL  
 REGISTROS MÉDICOS

Los registros que se divulgarán cubrirán el período de tiempo a partir de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
Registros de un proveedor de salud específico: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Resumen al alta	<input type="checkbox"/> Notas del departamento de	<input type="checkbox"/> Formulario de	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Notas de paciente ingresado/a	<input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio/patología	<input type="checkbox"/> Reportes de radiología	_____
<input type="checkbox"/> Notas clínicas o de oficina	<input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos	<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología	_____
<input type="checkbox"/> Facturación	<input type="checkbox"/> Vacunas	<input type="checkbox"/> Fotos	_____

Entrega:  Portal para pacientes (myD-H) (GRATIS)  Retiro  Correo al destinatario  Número de fax: ( ) \_\_\_\_\_

Formato:  Papel  CD

**DURACIÓN Y REVOCACIÓN:**

Mi autorización es válida por un año a partir de la fecha de mi firma a continuación, a menos que especifique una fecha distinta aquí: \_\_\_\_\_  
Mi Representante personal o yo podemos revocar la presente autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito, como se especifica en el Aviso de prácticas de privacidad de las D-H ACE; sin embargo, sin embargo, mi revocación no se aplicará a información alguna que se haya revelado con anterioridad.

**Entiendo que:**

- Es posible que se cobre una tarifa por el costo de procesamiento de esta solicitud.
- Los miembros de las ACE de DH, no condicionarán mi capacidad de recibir servicios de salud al otorgar o negar la presente autorización. El único caso en el que la negativa a firmar implica que no recibiré servicios de salud, es si estos servicios de salud tienen el único fin de brindar información de salud a otra persona y la autorización es necesaria para hacer esa divulgación.
- Una vez que esta información se comparta con el destinatario que yo haya especificado anteriormente, es posible que el destinatario la revele de una forma que ya no esté protegida por las normas de privacidad federales y estatales.
- Los miembros de las ACE de DH pueden utilizar un asociado financiero o agente autorizado que les ayude a responder a esta solicitud.

**INFORMACIÓN SENSIBLE SOBRE LA SALUD** Este formulario autoriza a los miembros de las ACE de DH a divulgar los siguientes tipos de información, **A MENOS QUE** usted coloque sus iniciales en el espacio proporcionado:

_____ Registros de tratamiento psiquiátrico	_____ Registros de tratamiento de infección de transmisión sexual (ITS)
_____ Estudios genéticos	_____ Registro de tratamientos para trastornos por consumo de sustancias, desde un programa 42 CFR Parte 2
_____ Resultados de análisis de VIH/sida	

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Descripción del poder del representante personal

"Dartmouth Health (DH)" es la institución matriz de las entidades cubiertas que se indican a continuación, cada una de las cuales es una entidad corporativa individual legalmente separada y distinta de Dartmouth Health. Entre las organizaciones que son miembros, están las siguientes: Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Mary Hitchcock Memorial Hospital y Dartmouth Hitchcock Clinic, que operan conjuntamente como "Dartmouth Health", Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, Hanover Psychiatry y Visiting Nurses and Hospice for VT and NH. Las ACE de DH están compuestas solo por miembros de DH que actualmente utilizan un sistema de registro médico electrónico único e integrado, a veces denominado "eDH".

## INSTRUCCIONES para Cómo llenar el formulario de autorización "Permiso para compartir información de salud protegida"

- Complete todas las secciones. Una autorización incompleta puede causar un retraso al procesar su solicitud.
- **Este formulario deberá utilizarse cuando usted desee que enviemos los registros médicos que tengamos de usted a terceros.**

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Complete cada sección como se indica con la siguiente información: (1) Nombre del paciente (en letra imprenta clara); (2) Fecha de nacimiento del paciente; (3) Número de teléfono a donde contactar al solicitante durante el día; (4) Dirección postal del paciente, incluidos ciudad, estado y código postal

### INSTITUCIÓN DE ENTIDAD CUBIERTA AFILIADA DE DARTMOUTH HEALTH (ACE DE DH)

Díganos la ubicación actual de los registros que desea compartir.

<b>Alice Peck Day</b> Health Information Services 10 Alice Peck Day Drive Lebanon, NH 03766 Tel.: (603) 308-0026 Fax: (603) 640-1984 Correo electrónico: <a href="mailto:medicalrecords@apdmh.org">medicalrecords@apdmh.org</a>	<b>Cheshire Medical Center</b> Departamento HIM 590 Court Street Keene, NH 03431 Tel.: (603) 354-5477 Fax: (603) 354-5478 Correo electrónico: <a href="mailto:cmcroi@cheshire-med.com">cmcroi@cheshire-med.com</a>	<b>Concord DH</b> Health Information Services 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 Tel.: (603) 229-5145 Fax: (603) 727-7828 Correo electrónico: <a href="mailto:DH-ROI@hitchcock.org">DH-ROI@hitchcock.org</a>	<b>Dartmouth Hitchcock Medical Center</b> Release of Information 1 Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 Tel.: (603) 650-7110 Fax: (603) 727-7869 Correo electrónico: <a href="mailto:Lebanon.Release.of.Information@hitchcock.org">Lebanon.Release.of.Information@hitchcock.org</a>	<b>Manchester DH</b> Health Information Services 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 Tel.: (603) 695-2820 Fax: (603) 727-7828 Correo electrónico: <a href="mailto:DH-ROI@hitchcock.org">DH-ROI@hitchcock.org</a>
<b>Nashua DH</b> Health Information Services 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 Tel.: (603) 577-4037 Fax: (603) 727-7828 Correo electrónico: <a href="mailto:DH-ROI@hitchcock.org">DH-ROI@hitchcock.org</a>	<b>New London Hospital</b> Release of Information 273 County Road New London, NH 03257 Tel.: (603) 526-5247 Fax: (603) 526-5051	<b>Hanover Psychiatry</b> 23 S. Main St., Ste. 2B Hanover, NH 03755 Tel.: (603) 277-9110 Fax: (603) 277-9154	<b>Visiting Nurse and Hospice for VT/NH</b> Release of Information 1 Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 Tel.: (603) 650-7110 Fax: (603) 727-7869 <b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:Lebanon.Release.of.Information@hitchcock.org">Lebanon.Release.of.Information@hitchcock.org</a>	

### DESTINATARIOS

Díganos la persona o entidad empresarial que recibirá la información. Incluye: (1) Nombre de la persona o entidad empresarial (empresa). Si la información es para su uso personal propio, escriba "para mí mismo/a". (2) Número telefónico de la persona o entidad que recibirá la información; (3) Dirección de correo de quien recibirá la información, incluidos Ciudad, Estado y Código postal.

### PROPÓSITO

Marque la casilla que mejor describa el propósito de compartir su información de salud. Si ninguna casilla se relaciona con su propósito, marque "Otro" e indique el propósito en la línea proporcionada. **Esta sección debe llenarse para dar validez al formulario.**

### INFORMACIÓN A COMPARTIR

- Indique si autoriza la divulgación de comunicaciones verbales o registros médicos, o ambos.
- Llene el intervalo de fechas correspondiente para la información de salud que nos está solicitando compartir.
- Marque la(s) casilla(s) que corresponde(n) para su solicitud.
- Puede decirnos que desea sus registros de un solo proveedor específico marcando la casilla "Registros de un proveedor específico" e indicando el nombre del/de la proveedor/a relevante.

**ENTREGA:** Indique sus preferencias de entrega. Si no se marca ninguna opción, normalmente los registros se envían por medio de USPS.

**FORMATO:** Indique si usted quiere los registros en formato de papel o en formato electrónico (PDF) o en un CD encriptado.

### 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. Para revocarlo, siga las indicaciones en nuestro Aviso de prácticas de privacidad, disponible en nuestro sitio web, o contacte a la Oficina de privacidad en [PrivacyOffice@hitchcock.org](mailto:PrivacyOffice@hitchcock.org) o al teléfono 1-844-754-8250.

### INFORMACIÓN ADICIONAL/PREGUNTAS

Por favor lea la siguiente información. Algunas veces hay una cuota por enviar sus registros. Llame si tiene preguntas acerca de las cuotas.

### INFORMACIÓN SENSIBLE SOBRE LA SALUD

**Si usted no** coloca sus iniciales en el espacio provisto, **PROCEDEREMOS** a divulgar información sensible contenida en su registro médico, según sea necesario para cumplir con su solicitud. Para mayor información acerca de cómo compartimos información sensible sobre usted, consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad, disponible en nuestro sitio web, o contacte a la Oficina de privacidad en [PrivacyOffice@hitchcock.org](mailto:PrivacyOffice@hitchcock.org) o al teléfono 1-844-754-8250.

### FIRMA

Firme y anote la fecha de la autorización. A los pacientes entre los 12 y 17 años de edad, se les podrá requerir que firmen este formulario, dependiendo del tipo de cuidado que reciban.

Si usted no es el/la paciente, describa su relación con el/la paciente y el poder legal para firmar. En algunos casos, se le requerirá a usted que brinde la documentación legal que verifica su potestad (ej. tutor designado por la corte, poder notarial para cuidados de la salud, nombramiento de la corte de albacea/administrador de los bienes del/de la difunto/a).