



PERMISO PARA ENVIAR INFORMACIÓN DE SALUD A DARTMOUTH HEALTH

Use este formulario cuando desee que sus registros sean enviados a Dartmouth Health desde otro proveedor/institución de salud.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE / REMITENTE
Nombre del paciente:
Fecha de nacimiento:
Dirección:
Ciudad:
Estado:
Código postal:
Autorizo a:
Nombre del proveedor/institución de salud:
Dirección:
Ciudad:
Estado:
Código postal:
Fax:

DESTINATARIO:
Con el fin de compartir (divulgar) mi información de salud con Dartmouth Health, solicito enviar mis registros al siguiente miembro/ubicación de Dartmouth Health:

Grid of checkboxes for destination locations: Alice Peck Day, Cheshire Medical Center, Dartmouth Hitchcock Medical Center, Hanover Psychiatry, Manchester, Nashua & Concord - DH, New London Hospital, Newport Health Center, Visiting Nurse and Hospice for VT/NH.

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 entre las siguientes fechas: hasta

- Resumen al alta
Notas de evolución de paciente hospitalizado
Notas de visita (consultorio) de paciente ambulatorio
Otro:
Informes del Departamento de Emergencias
Informes de laboratorio/patología
Formularios físicos escolares
Registros de un proveedor específico:
Vacunas
Informes quirúrgicos
Informes de radiografías
Radiografías (películas)

Por los siguientes motivos:

INFORMACIÓN DE SALUD SENSIBLE

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 Health a las direcciones indicadas más arriba, A MENOS que coloque mis iniciales en el espacio provisto a continuación, junto a cada tipo de registro:

- Registros de tratamientos de salud mental
Pruebas genéticas
Resultados de análisis de VIH/sida
Registros de tratamiento de infección de transmisión sexual (ITS)
Registros de tratamientos por alcoholismo/drogadicción

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