

INFORMACIÓN DEL/DE LA PACIENTE:

Nombre del/de la 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

 Otro: _____

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

Nombre de la persona o entidad: _____ Número telefónico: (_____) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

PROPÓSITO:
 Cuidado médico Pago de reclamo de seguro de salud Prestaciones del trabajador Legal Personal
 Determinación de discapacidad Solicitud de seguro de vida Transferencia de Cuidados Otro (especifique): _____

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ:
 COMUNICACIÓN VERBAL

 REGISTROS MÉDICOS

Los registros que se divulgarán cubrirán el periodo de tiempo a partir de _____ a _____

 Registros de un proveedor de salud específico: _____

 Resumen del alta Notas del departamento de emergencias Formulario de Escuela/Campamento Otro: _____

 Notas de paciente ingresado/a Reportes de laboratorio/patología Reportes de radiología _____

 Notas clínicas o de oficina Reportes operativos Imágenes de radiología _____

 Facturación Vacunas Fotos _____

Entrega: Portal del paciente (myD-H) (*¡GRATUITO!*) Se recogerán Enviar 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 yo especifique una fecha distinta aquí: _____.

Mi Representante personal o yo podemos revocar la presente autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito, tal como se especifica en el Aviso de prácticas de privacidad de D-H ACE (Entidad Cubierta Afiliada a Dartmouth-Hitchcock); sin embargo; sin embargo, mi revocación no se aplicará a información alguna que se haya revelado con anterioridad.

Comprendo lo siguiente:

- Es posible que se cobre una tarifa por el costo de procesamiento de esta solicitud.
- Los miembros de las D-H ACE, 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 D-H ACE pueden utilizar un asociado financiero o agente autorizado que les ayude a responder a esta solicitud.

INFORMACIÓN SENSIBLE DE SALUD Este formulario autoriza a los miembros de las D-H ACE a divulgar los siguientes tipos de información, **A MENOS QUE** usted escriba sus iniciales en el espacio proporcionado:

_____ registros de tratamiento psiquiátrico	_____ registros de tratamientos de enfermedades de transmisión sexual (ETS)
_____ pruebas genéticas	_____ registro de tratamientos para trastornos por consumo de sustancias,
_____ resultados de análisis de VIH/SIDA	desde un programa 42 CFR Parte 2

Firma del/de la Paciente o Representante personal

Fecha

 Nombre del paciente/de la o Representante personal
 (en letra de imprenta)

Descripción del poder del Representante personal

"Dartmouth-Hitchcock Health (D-HH)" 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-Hitchcock Health. Entre las organizaciones que son miembros, están las siguientes: Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Mary Hitchcock Memorial Hospital y D-H Clinic, que operan conjuntamente como "Dartmouth-Hitchcock", Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, y Visiting Nurses and Hospice for VT and NH. Las D-H ACE están compuestas solo por miembros de D-HH que actualmente utilizan un sistema de registro médico electrónico único e integrado, a veces denominado "eD-H".

INSTRUCCIONES:

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

Este formulario deberá utilizarse cuando usted desee que enviemos los registros médicos que tengamos de usted a terceros.

Complete todas las secciones. Una autorización incompleta puede causar un retraso al procesar su solicitud.

INFORMACIÓN DEL/DE LA PACIENTE

Complete cada sección como se indica con la siguiente información:

- Nombre del/de la paciente (en letra de imprenta legible)
- Fecha de nacimiento del/de la paciente
- Número telefónico dónde contactar al solicitante durante el día
- Dirección postal del/de la paciente, incluyendo ciudad, estado y código postal

INSTALACIÓN DE ENTIDAD CUBIERTA AFILIADA A DARTMOUTH-HITCKOCK (D-H ACE, en inglés)

Díganos la ubicación actual de los registros que desea compartir.

Alice Peck Day	Cheshire Medical Center	Concord	Dartmouth-Hitchcock Medical Center	Manchester	Nashua
Health Information Services (Servicios de Información de Salud) 10 Alice Peck Day Drive Lebanon NH 03766 Tel.: (603) 448-7433 Fax: (603) 640-1984	HIM Dept. 590 Court St. Keene, NH 03431 Tel.: (603) 354-5477 Fax: (603) 354-6530	Medical Release Dept. (Dept. de Divulgación Médica) 253 Pleasant St. Concord, NH 03301 Tel.: (603) 229-5145 Fax: (603) 229-5146	Release of Information (Divulgación de información) 1 Medical Center Dr. Lebanon, NH 03756 Tel.: (603) 650-7110 Fax: (603) 727-7869	Health Information Services (Servicios de Información de Salud) 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 Tel.: (603) 695-2820 Fax: (603) 676-4290	Health Information Services (Servicios de Información de Salud) 2300 Southwood Dr. Nashua, NH 03063 Tel.: (603) 577-4037 Fax: (603) 577-4039

DESTINATARIO

Díganos la persona o entidad empresarial que recibirá la información. Incluya:

- Nombre de la persona o entidad empresarial (compañía). Si la información es para su uso personal propio, escriba "para mí mismo/a".
- Número telefónico de la persona o entidad que recibirá la información
- Dirección de correo de quien recibirá la información, incluyendo 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 revocar, siga las direcciones en nuestro Aviso de prácticas de privacidad, disponible en nuestro sitio web, o contacte a la Oficina de privacidad en PrivacyOffice@hitchcock.org o al teléfono 1-844-754-8250.

INFORMACIÓN ADICIONAL

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 DE SALUD

Si usted no escribe sus iniciales en el espacio provisto, nosotros **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 o al teléfono 1-844-754-8250.

FIRMA

Firme y escriba la fecha de la autorización. A los pacientes entre los 12 y 17 años, 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 e/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).