



PERMISO PARA ENVIAR INFORMACIÓN DE SALUD
A DARTMOUTH HEALTH

Use este formulario cuando desee que sus registros sean enviados a Dartmouth Health desde otro

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 (verificar la ubicación correcta de Dartmouth Health a continuación):

- Alice Peck Day, HIS Dept., 10 Alice Peck Day Drive, Lebanon, NH 03766, Tel.: 603-650-7110, Fax: 603-640-1970, Correo electrónico: medicalrecord@apdmh.org
Cheshire Medical Center, HIM Dept., 590 Court Street, Keene, NH 03431, Tel.: 603-354-5477, Fax: 603-676-4253
Dartmouth Health Home Care, HIS Dept., 1 Medical Center Drive, Lebanon, NH 03756, Tel.: 603-650-7110, Fax: 603-727-7406
Dartmouth Hitchcock Medical Center, HIS Dept., 1 Medical Center Drive, Lebanon NH 03756, Tel.: 603-650-7110, Fax: 603-727-7406
Hampstead Hospital, HIM Dept., 218 East Road, Hampstead, NH 03841, Tel.: 603-329-5311, Fax: 603-329-9460
Hanover Psychiatry, 23 S. Main Street, Suite 2B, Hanover, NH 03755, Tel.: 603-277-9110, Fax: 603-277-9154
Dartmouth Hitchcock Manchester, Nashua & Concord, HIS Dept., 100 Hitchcock Way, Manchester, NH 03104, Tel.: 603-695-2820, Fax: 603-727-7828
Mt. Ascutney Hospital and Health Center, HIM Dept., 289 County Road, Windsor, VT 05089, Tel.: 802-674-6711, Fax: 603-727-7904
New London Hospital, HIS Dept., 273 County Road, New London, NH 03257, Tel.: 603-526-5247, Fax: 603-526-5051
Newport Health Center, ROI Dept., 11 John Stark Highway, Newport, NH 03773, Tel.: 603-865-2855, Fax: 603-863-3585

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

- Resumen del alta
Notas de evolución clínica de paciente internado
Notas de visita ambulatoria (consultorio)
Otro:
Informes del Departamento de Emergencias
Informes de laboratorio/patología
Formulario de examen físico escolar
Registros de un proveedor de salud específico:
Vacunas
Reportes operativos
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
Registros de tratamiento de enfermedad de transmisión sexual (STD)
Pruebas genéticas
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 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 en imprenta del paciente o representante personal

Descripción del poder del representante personal