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

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Tel.: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

REMITENTE

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 Correo electrónico: cmcroi@cheshire-med.com*
- ❑ **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 Correo electrónico: DHMC.MedicalRecords@hitchcock.org*
- ❑ **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 Correo electrónico: DH-ROI@hitchcock.org*
- ❑ **Mt. Ascutney Hospital and Health Center**, *HIM Dept., 289 County Road, Windsor, VT 05089, Tel.: 802-674-6711, Fax: 603-727-7904 Correo electrónico: HIM@mahhc.org*
- ❑ **New London Hospital**, *HIS Dept., 273 County Road, New London, NH 03257, Tel.: 603-526-5247, Fax: 603-526-5051 Correo electrónico: NLHMedicalRecords@NewLondonHospital.org*
- ❑ **Newport Health Center**, *ROI Dept., 11 John Stark Highway, Newport, NH 03773, Tel.: 603-865-2855, Fax: 603-863-3585*
- ❑ **Valley Regional Hospital,** *HIS Dept, 253 Elm Street, Claremont NH 03743, Ph: 603-542-1831, Fax: 603-542-1815, email:* healthinfo@vrh.org

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