Dartmouth Health

Entidad cubierta afiliada (ACE) de Dartmouth Health
Permiso para compartir Información protegida de salud

INFORMACIÓN DEL/DE LA 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 ☐ Darmouth Health Home Care ☐ Dartmouth Hitchcock Medical Center
☐ Hampstead Hospital ☐ Hanover Psychiatry ☐ Mt. Ascutney Hospital & Health Center ☐ Dartmouth Hitchcock Manchester, Nashua & Concord
☐ New London Hospital ☐ Newport Health Center ☐ Valley Regional Hospital
☐ 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 atención ☐ 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/Videos

Entrega: ☐ Portal para pacientes (myD-H) (*GRATIS*) ☐ Fax: Número: _____
☐ Recolección ***(****DISPONIBLE EN ALGUNAS UBICACIONES****)*** ☐ Correo al destinatario **Formato** *(correo o recolección):* ☐ 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, 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 DE SALUD Este formulario autoriza a los miembros de las DH ACE a divulgar los siguientes tipos de información, **A MENOS QUE** usted escriba sus iniciales en el espacio proporcionado:

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

_____ 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, Dartmouth Health Home Care, Mary Hitchcock Memorial Hospital y Dartmouth Hitchcock Clinic, que operan conjuntamente como "Dartmouth Hitchcock", Hampstead Hospital, Hanover Psychiatry, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital y Valley Regional Hospital. 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 Llenar el formulario de autorización "Permiso para compartir información protegida de salud"

- **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/DE LA 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

ESTABLECIMIENTO DE ENTIDAD CUBIERTA DE DARTMOUTH HEALTH (DH ACE) (Indique la ubicación de los registros que desea que se compartan)

- ❑ **Alice Peck Day**, *Health Information Services, 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**, *Health Information Services, 1 Medical Center Drive, Lebanon, NH 03756, Tel.: 603-650-7110, Fax: 603-727-7869, Correo electrónico: Lebanon.ROI@hitchcock.org*
- ❑ **Dartmouth Hitchcock Medical Center**, *Health Information Services, 1 Medical Center Drive, Lebanon NH 03756, Tel.: 603-650-7110, Fax: 603-727-7869 Correo electrónico: Lebanon.ROI@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** , *Health Information Services, 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**, *Health Information Services, 273 County Road, New London, NH 03257, Tel.: 603-526-5247, Fax: 603-526-5051 Correo electrónico: NLHMedicalRecords@NewLondonHospital.org*
- ❑ **Newport Health Center**, *Release of Information, 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*

DESTINATARIO

Díganos la persona o entidad empresarial que recibirá la información. Incluya: (1) Nombre de la persona o entidad empresarial (empresa). Si la información es para su propio uso personal, 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 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/PREGUNTAS

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 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 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).