



Capital Health  
Regional Medical Center  
750 Brunswick Avenue  
Trenton, New Jersey 08638  
609 394 6000

Capital Health  
Medical Center - Hopewell  
One Capital Way  
Pennington, New Jersey 08534  
609 303 4000

Capital Health - Hamilton  
1445 Whitehorse-Mercerville Road  
Hamilton, New Jersey 08619  
609 588 5050  
capitalhealth.org

## Autorización para el acceso/divulgación de información de salud protegida, lado 1 de 2

Instrucciones: Complete el formulario en su totalidad y envíelo por correo a la dirección de Capital Health correspondiente, según la ubicación de sus historias clínicas. Si está solicitando historias clínicas del hospital, envíe este formulario al Departamento de Gestión de la Información de Salud. Se puede acceder a las historias clínicas a través del portal del paciente en <https://www.capitalhealth.org/myportal>.

Si usted es una de las siguientes entidades, complete el frente y el reverso de este formulario, independientemente de si su solicitud está relacionada con registros de salud reproductiva o no:

Orden público \_\_\_ Consultorio del forense/examinador médico \_\_\_ Actividades de supervisión de la salud \_\_\_

Procedimiento judicial/administrativo \_\_\_

Nombre del paciente:		N.º de historia clínica:	
Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:	N.º de Seguro Social: XXX-XX-_____		Phone #:
Dirección física:		Ciudad:	Estado: Código postal:
¿Desea obtener acceso al portal del hospital? (Solo para pacientes mayores de 18 años) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>1. Tipo de solicitud:</b> Por la presente, solicito lo siguiente (incluya las fechas específicas de los servicios o un rango de fechas):			
Entrega/divulgación de mi información de salud, según se solicita a continuación, de:			
<input type="checkbox"/> Capital Health Medical Center - Hopewell: fechas de los servicios _____	<input type="checkbox"/> St. Francis Medical Center: fechas de los servicios: _____		
<input type="checkbox"/> Capital Health Regional Medical Center: fechas de los servicios _____	<input type="checkbox"/> St. Francis Medical Associates	Consultorio(s) médico(s) _____	
<input type="checkbox"/> Capital Health Deborah - ED: fechas de los servicios _____	<input type="checkbox"/> Capital Health - East Trenton: fechas de los servicios: _____	Nombre del (de los) médico(s) _____	
<input type="checkbox"/> Capital Health - Hamilton: fechas de los servicios: _____	<input type="checkbox"/> Capital Health - EMS: fechas de los servicios: _____	Fechas de los servicios: _____	
<input type="checkbox"/> Capital Health Medical Group	<input type="checkbox"/> Acceso para revisar mis historias clínicas originales (en el centro): _____		
Nombre del (de los) consultorio(s) médico(s) _____	<input type="checkbox"/> Capital Health LIFE _____		
Fechas de los servicios: _____	<input type="checkbox"/> Otro (especifique el centro): _____		
<b>2. Descripción de la información a ser divulgada:</b> (marque <i>TODO</i> los que corresponda)			
<input type="checkbox"/> Resumen*	<input type="checkbox"/> Registro de la sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicos	<input type="checkbox"/> Informes de radiografías
<input type="checkbox"/> Registro de vacunación	<input type="checkbox"/> Informes de las visitas	<input type="checkbox"/> ECG/EEG	<input type="checkbox"/> Resumen del alta
<input type="checkbox"/> Historia clínica completa	<input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes de operaciones	<input type="checkbox"/> Salud reproductiva
<input type="checkbox"/> Other (specify): _____			
(* El resumen se define como la hoja informativa, el resumen del alta, los antecedentes y los exámenes físicos, el informe de las visitas, el informe de operaciones y los resultados de las pruebas).			
Comprendo que la información específica a ser divulgada puede incluir referencias sobre abuso de alcohol/drogas (Parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales [CFR, por sus siglas en inglés]), infección por VIH/SIDA (Sección 26:5C-8 de los Estatutos Anotados de Nueva Jersey [NJSA, por sus siglas en inglés]), enfermedades venéreas (Sección 26:4-41 de los NJSA), tuberculosis (Sección 8:57-5.17 del Código Administrativo de Nueva Jersey [NJCA, por sus siglas en inglés]), información genética (Secciones 10:5-47 y 48 de los NJSA) o condiciones psiquiátricas (Sección 10:37-6:79 de los NJSA) y el tratamiento de cualquiera de estos trastornos. Si esta información se documenta en mi historia clínica, acepto que se divulgue.			
<b>3. Divulgar/enviar la información:</b>			
<input type="checkbox"/> A mí mismo (el paciente o el representante autorizado)		<input type="checkbox"/> A la organización/persona indicada a continuación:	
Organización:	Nombre de la persona:	N.º de teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Preparar para ser retirada
Estado:	Código postal:	<input type="checkbox"/> Correo postal	<input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> N.º de fax del consultorio médico: _____	
<b>4. Propósito de la divulgación:</b> Autorizo a Capital Health a divulgar mi información de salud para el siguiente propósito específico:			
<b>5. Plazo/caducidad:</b>			
Comprendo que, por ley, no estoy obligado a divulgar esta información y elijo hacerlo voluntariamente. Puedo cancelar esta autorización presentando una revocación por escrito al Departamento de Gestión de la Información de Salud de Capital Health en la dirección regional o de Hopewell indicadas arriba. La revocación entrará en vigor a partir de la recepción de mi aviso por escrito, con la excepción de que la revocación no tendrá efecto sobre ninguna acción de Capital Health en virtud de esta autorización antes de recibir mi aviso de revocación por escrito. Esta autorización caducará automáticamente al cabo de doce (12) meses a partir de la fecha que se indica a continuación. Comprendo que puedo negarme a firmar este formulario y que ni mi atención médica ni el pago por la misma cambiarán si no lo firmo. <i>Comprendo que, una vez que se divulgue, las Regulaciones federales de privacidad dejarán de proteger esta información, y que la misma podría volver a divulgarse sin mi autorización.</i>			
<b>6. Reconocimiento:</b>			
Al completar este formulario, reconozco que leí y que comprendo este formulario de consentimiento en su totalidad. Comprendo los riesgos relacionados con los mensajes de correo electrónico entre Capital Health y yo, y acepto las condiciones que se describen aquí, así como otras instrucciones que Capital Health puede imponer para comunicarse conmigo por correo electrónico. Se respondieron todas las preguntas que tenía. Comprendo que este consentimiento es válido hasta que lo revoque como se indicó anteriormente, excepto en la medida en que alguna persona ya haya actuado en virtud de esta autorización para emitir una comunicación. Capital Health tendrá una capacidad limitada para leer los correos electrónicos enviados por los pacientes y usted no debe usar el correo electrónico para comunicarse con Capital Health después de recibir sus historias clínicas. Si necesita hablar con su proveedor de atención médica sobre sus historias clínicas, comuníquese directamente con él. Esta autorización depende de la revisión y la aprobación por parte del Departamento de Gestión de Información de Salud.			

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de su representante o solicitante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

# Declaración relativa a una solicitud de uso o divulgación de información de salud protegida relacionada potencialmente con atención a la salud reproductiva, lado 2 de 2

*Para que la certificación sea válida, debe completarse todo el formulario.*

Nombre de la(s) persona(s) o identificación específica de la clase de personas que recibirán la información de salud protegida (ISP) solicitada. P. ej., nombre del investigador o de la agencia que presenta la solicitud:

---

---

---

Nombre o alguna otra identificación específica de la persona o clase de personas a la que le solicita el uso o la divulgación: p. ej., nombre de la entidad cubierta o del asociado comercial que mantiene la ISP o el nombre del miembro de su personal que gestiona las solicitudes de ISP:

---

---

---

Descripción de la ISP específica solicitada, incluyendo nombre(s) de la(s) persona(s), si es posible, o una descripción de la clase de personas, cuya información de salud protegida está solicitando.

---

---

---

Marque las casillas siguientes, si procede, para los registros que está solicitando.

Resumen de la visita de [nombre de la persona] \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_

Lista de personas que obtuvieron un medicamento específico:

---

Incluya el nombre específico del medicamento recetado y el rango de fechas:

---

Certifico que el uso o la divulgación de la ISP que estoy solicitando no es para un fin prohibido por la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) en la Sección 164.502(a)(5)(iii) del Título 45 del CFR, debido a uno de los siguientes motivos (marque una casilla):

El propósito del uso o la divulgación de la información de salud protegida no es investigar ni imponer responsabilidad a ninguna persona por el mero hecho de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención de salud reproductiva ni identificar a ninguna persona para tales fines.

\* El propósito del uso o la divulgación de la información de salud protegida no es investigar ni imponer responsabilidad a ninguna persona por el mero hecho de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención de salud reproductiva ni identificar a ninguna persona para tales fines, pero la atención de salud reproductiva en cuestión no era legal en las circunstancias en que se proporcionó. Comprendo que puedo ser objeto de sanciones penales en virtud de la Sección 1320d-6 del Título 42 del Código de los Estados Unidos (U.S.C, por sus siglas en inglés) si, a sabiendas y en violación de la HIPAA, obtengo información de salud identificable individualmente relativa a alguna persona o divulgo información de salud identificable individualmente a otra persona.

➤ [Para uso interno únicamente: si se selecciona la \*casilla de arriba, suspenda el proceso de divulgación y remita la solicitud al Departamento de Gestión de Riesgos.]

Al firmar esta certificación, usted confirma que no está solicitando ISP para un fin prohibido y reconoce que pueden aplicarse sanciones penales en caso de falsedad. No puede añadir contenido que no sea obligatorio ni combinar este formulario con otro documento, excepto cuando otro documento sea necesario para respaldar su declaración de que la divulgación solicitada no tiene fines prohibidos. Por ejemplo, si la ISP solicitada está relacionada potencialmente con atención de salud reproductiva que fue proporcionada por alguien que no sea Capital Health a quien usted le está solicitando dicha ISP, puede presentar un documento que proporcione información que demuestre, con base fáctica sustancial, que la atención de salud reproductiva en cuestión no fue legal bajo las circunstancias específicas en las que fue proporcionada.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha