



☐ 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

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>.

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) ☐ Sí ☐ No			
1. Tipo de solicitud: 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:			
☐ Capital Health Medical Center - Hopewell: fechas de los servicios _____		☐ St. Francis Medical Center: fechas de los servicios: _____	
☐ Capital Health Regional Medical Center: fechas de los servicios _____		☐ St. Francis Medical Associates	
☐ Capital Health Deborah - ED: fechas de los servicios _____		Consultorio(s) médico(s) _____	
☐ Capital Health - East Trenton: fechas de los servicios: _____		Nombre del (de los) médico(s) _____	
☐ Capital Health - Hamilton: fechas de los servicios: _____		Fechas de los servicios: _____	
☐ Capital Health - EMS: fechas de los servicios: _____		☐ Acceso para revisar mis historias clínicas originales	
☐ Capital Health Medical Group		(en el centro): _____	
Nombre del (de los) consultorio(s) médico(s) _____		☐ Capital Health LIFE _____	
Fechas de los servicios: _____		☐ Otro (especifique el centro): _____	
2. Descripción de la información a ser divulgada: (marque TODO los que corresponda)			
☐ Resumen*	☐ Registro de la sala de emergencias	☐ Antecedentes y exámenes físicos	☐ Informes de radiografías
☐ Registro de vacunación	☐ Informes de las visitas	☐ ECG/EEG	☐ Resumen del alta
☐ Historia clínica completa	☐ Análisis de laboratorio	☐ Informes de operaciones	
☐ 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.			
3. Divulgar/enviar la información:			
☐ A mí mismo (el paciente o el representante autorizado) ☐ A la organización/persona indicada a continuación:			
Organización:	Nombre de la persona:		N.º de teléfono:
Dirección:	Ciudad:	☐ Correo electrónico	☐ Preparar para ser retirada
Estado:	Código postal:	☐ Correo postal	☐ Otro
		☐ N.º de fax del consultorio médico: _____	
4. Propósito de la divulgación: Autorizo a Capital Health a divulgar mi información de salud para el siguiente propósito específico:			
5. Plazo/caducidad:			
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. 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.			
6. Reconocimiento:			
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