



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 a la información de salud protegida o la divulgación de esta

Instrucciones: Complete todo el formulario y envíelo por correo a la dirección de Capital Health correspondiente, según la ubicación de sus expedientes médicos. Si solicita los expedientes médicos del hospital, envíe este formulario al *Health Information Management Department*. Se puede acceder a los expedientes médicos a través del portal del paciente en <https://www.capitalhealth.org/myportal>.

Nombre del paciente: Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____		Número de expediente médico: _____	
Fecha de nacimiento: _____		Número de Seguro Social: XXX-XX- _____	
Dirección: _____		Código postal: _____	
Ciudad: _____		Estado: _____	
¿Le gustaría obtener acceso al portal del hospital (solo para pacientes mayores de 18 años)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
1. Tipo de solicitud: por la presente, solicito lo siguiente (incluya las fechas específicas de los servicios o un período): <input type="checkbox"/> 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"/> Capital Health Regional Medical Center: fechas de los servicios _____ <input type="checkbox"/> Capital Health, Deborah, Emergencias: fechas de los servicios _____ <input type="checkbox"/> Capital Health, East Trenton: fechas de los servicios _____ <input type="checkbox"/> Capital Health, Hamilton: fechas de los servicios _____ <input type="checkbox"/> Capital Health, EMS: fechas de los servicios _____ <input type="checkbox"/> Capital Health Medical Group Consultorio médico: _____ Nombre del médico: _____ Fechas de los servicios: _____ <input type="checkbox"/> St. Francis Medical Center: fechas de los servicios _____ <input type="checkbox"/> St. Francis Medical Associates Consultorio médico: _____ Nombre del médico: _____ Fechas de los servicios: _____ <input type="checkbox"/> Acceso para revisar mis expedientes médicos originales (en el centro): _____			
2. Descripción de la información que se divulgará: (<i>Marque TODAS LAS OPCIONES que correspondan</i>) <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"/> Expediente médico completo <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de operaciones <input type="checkbox"/> Salud reproductiva <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____			
(*El resumen se define como la hoja informativa, resumen del alta, antecedentes y exámenes físicos, informe de consulta, de operaciones y resultados de pruebas). Comprendo que la información específica que se divulgará puede incluir referencias sobre el abuso de alcohol/drogas (Título 42, Parte 2 del Código de Reglamentos Federales [CFR]), la infección por el VIH/el SIDA (Sección 26:5C-8 del Código Anotado de New Jersey [NJSA]), las enfermedades de transmisión sexual (Sección 26:4-41 del NJSA), la tuberculosis (Sección 8:57-5.17 de la Ley de Sociedades de New Jersey [NJCA]), la información genética (Secciones 10:5-47 y 48 del NJSA), y/o las condiciones psiquiátricas (Sección 10:37-6:79 del NJSA) y el tratamiento de cualquiera de estos trastornos. Si esta información se documenta en mi expediente médico, acepto que se divulgue.			
3. Divulgar/enviar información: <input type="checkbox"/> A mí (<i>el paciente o el representante autorizado</i>) <input type="checkbox"/> A la siguiente organización/persona:			
Organización: _____		Nombre de la persona: _____	
Dirección: _____		Nro. de teléfono: _____	
Ciudad: _____		<input type="checkbox"/> Correo electrónico _____ <input type="checkbox"/> Preparar para recolección <input type="checkbox"/> Otro _____	
Estado: _____		<input type="checkbox"/> Correo postal _____ <input type="checkbox"/> Nro. de fax del consultorio médico _____	
Código postal: _____			
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 <i>Health Information Management Department</i> de Capital Health en el centro Regional o en Hopewell, en la dirección que se indica 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 doce (12) meses a partir de la fecha que se indica a continuación. <i>Comprendo que puedo negarme a firmar este formulario y que mi atención médica y el pago por mi atención médica no cambiarán si no firmo este formulario. Comprendo que las Regulaciones Federales de Privacidad dejarán de proteger esta información una vez que se divulgue y que la información podría volver a divulgarse sin mi autorización.</i>			
6. Reconocimiento: Al completar este formulario, reconozco haber leído y comprendido 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. Me respondieron cualquier pregunta que pudiera tener. Comprendo que este consentimiento es válido hasta que lo revoque como se indicó anteriormente, excepto en la medida en que una persona haya actuado en virtud de esta autorización para dar un comunicado previamente. Capital Health tendrá una capacidad limitada para leer los correos electrónicos que envían los pacientes y usted no debe usar el correo electrónico para comunicarse con Capital Health después de recibir sus expedientes médicos. Si necesita hablar con su proveedor sobre sus expedientes médicos, comuníquese directamente con su proveedor. Esta autorización depende de la revisión y la aprobación del Departamento de Gestión de Información de Salud (<i>Health Information Management Department</i>)			

Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha

Relación con el paciente

Firma del testigo

NCNI 9350.19 (186289)

BLANCO: expediente médico

AMARILLO: paciente

Rev. 06/2024