



## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

**Al firmar este formulario, autorizo a Optum a divulgar los registros médicos de:**

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

**Nombre del Proveedor o de la Clínica de Optum Medical Care of New Jersey (anteriormente Riverside Medical Group):**

\_\_\_\_\_

### Divulgar los registros a:

Receptores: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

### Motivo de la Divulgación de Información:

- Lo solicita la persona (el Paciente)  
 Otro (especifique): \_\_\_\_\_

### Información que se divulgará:

- Registro Médico de los últimos 3 años  
 Fechas de Servicio: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 Todo el Registro Médico (*incluida la facturación, los estudios radiológicos y los registros de proveedores anteriores*)  
 Antecedentes Médicos, Registros de Evaluación     Informes Radiológicos     Resultados de Laboratorio  
 Resultados Cardiológicos     Vacunas     Datos de Recetas  
 Documentación de Consultas     Informes Quirúrgicos     Resumen del Registro  
 Otra (especifique): \_\_\_\_\_

Incluye (Escriba Sus Iniciales para Indicar las Opciones)\*:

\_\_\_\_\_ Tratamiento para el Consumo de Alcohol/Drogas    \_\_\_\_\_ Información Relacionada con el VIH  
\_\_\_\_\_ Información sobre Salud Mental    \_\_\_\_\_ Información Genética  
\_\_\_\_\_ Servicios de Salud Reproductiva

\* Entiendo que los registros divulgados pueden incluir información delicada, por ejemplo, sobre trastornos por consumo de sustancias, el VIH/SIDA, enfermedades contagiosas y de transmisión sexual, salud mental, pruebas genéticas y servicios de salud reproductiva.

**Autorización para Hablar sobre Información de Salud:**

Al escribir mis iniciales aquí \_\_\_\_\_, autorizo a \_\_\_\_\_ a hablar sobre mi información de salud con mi abogado o con una agencia gubernamental, que se indica a continuación:

\_\_\_\_\_

**Revocación:** Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento si escribo a Optum. Entiendo que puedo revocarla, excepto en lo que respecta a lo que ya se haya hecho a partir de esta autorización.

**Nueva Divulgación:** Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de los receptores y dejar de estar protegida por la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para recibir beneficios no estarán condicionados a mi autorización de esta divulgación.

**Firma del Paciente (o del representante autorizado por la ley\*):** \_\_\_\_\_

**Nombre en Letra de Molde:** \_\_\_\_\_

**Relación (si usted no es el paciente):** \_\_\_\_\_ **Fecha de Hoy:** \_\_\_\_\_

**Evento/Fecha de Vencimiento:** \_\_\_\_\_ (Si no se especifica, la Autorización será válida durante un año a partir de la fecha de la firma).

\* Optum puede exigir documentación judicial que verifique su autoridad para firmar en nombre del paciente.

Llene el formulario en su totalidad y devuélvalo a la dirección o al número de fax que se indican a continuación. También puede comunicarse con nosotros al siguiente número de teléfono si tiene alguna pregunta relacionada con cómo llenar este formulario:

**Optum Medical Care of New Jersey**  
**Health Information Management Department**  
**1 Harmon Plaza, 4th Floor**  
**Secaucus, NJ 07094**  
**Teléfono: 551-257-7601 Fax: 551-257-7595**

Para uso exclusivo administrativo: Fecha en que se recibió: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lo recibió (Inicial/Nombre en Letra de Molde): \_\_\_\_\_

Comprobante: \_\_\_\_\_ Fecha en que se llenó: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Se envió por fax  Se envió por correo  Se envió por correo electrónico  Se pasó a retirar