



EP00002

INSTITUCIONES JOHNS HOPKINS
(Johns Hopkins Institutions)

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR DATOS DE LA SALUD
(Authorization for Release of Health Information)

Llene todas las secciones de esta autorización que correspondan a su petición.
(Complete all sections of this Authorization as appropriate to your request)

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
(Patient Name) Nombre (first) Apellido (m. initial) Apellido (last) (Birth Date)

Dirección: _____ **Telephone:** _____
(Address) Calle y número (street address) (Phone #)

Ciudad (city) Estado (state) Código postal (zip code) **Nº historial médico:** _____
(Medical Record #) (If lo tiene) (If known)

QUIÉN:
(Who)

Por la presente autorizo a _____ que gestione lo siguiente:
(I hereby authorize) Nombre del proveedor de atención a la salud de Johns Hopkins (to take the following action.)
(name of Johns Hopkins health care provider)

ACCIÓN SOLICITADA (marque uno de los siguientes)
(Action Requested) (check one)

Proporcionarme una copia de **Mis Datos de la Salud** Dejarme ver **Mis Datos de la Salud** (no solicito una copia)
(Provide a copy of My Health Information to me) (Let me look at My Health Information) (I am not requesting a copy.)

Divulgar **Mis Datos de la Salud** a: Discutir **Mis Datos de la Salud** con: Obtener copias de **Mis Datos de la Salud** de:
(Release My Health Information to:) (Discuss My Health Information with:) (Obtain copies of My Health Information from:)

Nombre de otro individuo o entidad
(Name of other person or entity)

Calle y número (street address) Ciudad (city)

Estado (state) Código postal (zip code) Número del fax (No podemos llamar primero) (fax number) (We cannot call before faxing.)

QUÉ:
(What)

Para esta autorización, "**Mis Datos de la Salud**" significa (describa cuáles datos de la salud desea):
(For this Authorization, My Health Information means:) (provide description of health information desired)

Si he colocado mis iniciales aquí (____), "**Mis Datos de la Salud**" incluyen datos/expedientes sobre el abuso de drogas.
(If I have initialed here (____), My Health Information includes Substance Abuse Records/Information.)

Si he colocado mis iniciales aquí (____), esta autorización **NO** incluye los datos de otros proveedores de atención para la salud que forman parte de los datos que Johns Hopkins tiene en mi historial. (Si ese espacio no lleva sus iniciales, esos datos **sí serán** incluidos.)
(If I have initialed here (____), this authorization does **NOT** include records from other health care providers that are a part of my Johns Hopkins records included in this request.) (If this black is not initialed, those records **will be** included.)

Para la(s) fecha(s) de servicio desde: _____ hasta _____ (Si esto se deja en blanco, los expedientes provistos incluirán todas las fechas de servicio) (Anotar las fechas de servicio solicitadas) (Nota: Es posible que datos de visitas recientes todavía no aparezcan en el historial.)

(For the dates of service from: _____ to _____.) (Records will be provided for all service dates if left blank) (insert date(s) of service requested) (Note: Information from recent visits may not yet appear in the record.)

FORMATO: Yo solicito que se me proporcione una copia en el siguiente formato cuando sea posible y esté disponible: (Format) (I request that the copy be provided where possible and available):

- en papel (fotocopia) (on paper) (photocopy)
- electrónica en disco CD (disco compacto) (electronically on CD)
- electrónica en una unidad de memoria flash (memoria flash, memoria USB) (electronically on flash drive)
- mediante un portal web (portal de Internet), con notificación proporcionada a mi cuenta de correo electrónico (email) a: (through web portal, with notice provided to my email account at:)
- por medio de un correo electrónico no cifrado (no encriptado) a la siguiente dirección de correo electrónico (email): (by unencrypted e-mail to this email address):
- por otros medios electrónicos (si así lo acuerda el Departamento de Registros de JH): (by other means [if agreed upon by JH records department]):

Importante: Yo entiendo que el disco CD o unidad de memoria flash no ha sido cifrado (encriptado) o protegido con una contraseña y que es mi responsabilidad tomar las precauciones necesarias para proteger los datos y no perder o extraviar el dispositivo. Entiendo, además, que el correo electrónico no cifrado (no encriptado) no es seguro, eso quiere decir que puede ser interceptado y visto por terceros. También entiendo que existen otros riesgos con el uso de correo electrónico no cifrado (no encriptado), incluyendo mensajes enviados a la persona o dirección equivocada, mensajes enviados a cuentas compartidas, mensajes remitidos a otros, y mensajes almacenados en dispositivos portátiles que no ofrecen ningún tipo de protección o seguridad. Si elijo recibir Mi Información de Salud en un disco CD, en una unidad de memoria flash o por medio de un email no cifrado (no encriptado), estoy reconociendo y aceptando estos riesgos.

Yo entiendo que puede haber una tarifa a pagar al solicitar una copia de Mi Información de Salud. Entiendo que todos los costos estarán en cumplimiento con las leyes vigentes.

POR QUÉ:

(Why)

- A petición mía (At my request)
- Para mi atención / tratamiento (For my healthcare/treatment)
- Por motivos legales (For legal purposes)
- Para pagos / propósitos de seguro (For payment/insurance purposes)

Otro: _____ (Other)

Comprendo que la copia de Mis Datos de la Salud puede costar una suma razonable, basada en el costo. Comprendo que cualquier cuota cumplirá con las pautas aplicables del Estado de Maryland. Acepto pagar esta cuota.

(I understand there may be a reasonable cost based fee for a copy of My Health Information. I understand that all fees will be in compliance with applicable Maryland guidelines. I agree to pay this fee.)

Comprendo que:

- Esta autorización es voluntaria. El firmar o no firmar esta autorización no afectará mi tratamiento.
- Esta autorización permanece vigente a partir de un año de la fecha de la firma, a menos que yo la revoque/retire, o a menos que se especifique una fecha anterior aquí: _____. Yo puedo revocar/retirar esta autorización, excepto hasta donde ya se haya tomado acción antes de la revocación/retiro, con un pedido escrito, enviado por correo o por fax a la clínica o al departamento al cual la autorización fue dada, e incluyendo una copia de la autorización original.
- Una vez que Mis Datos de la Salud sean divulgados conforme a este pedido, puede ser que ya no estén protegidos por las leyes federales y estatales de la privacidad, y pueden ser divulgados de nuevo por el/los individuo/s que los reciban.
- Los datos clínicos divulgados pueden incluir información de un diagnóstico de VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, la salud mental, el abuso de drogas o alcohol, etc.

Firma del paciente únicamente: _____ **Fecha:** ____/____/____
Indispensable

Si usted NO es el paciente, pero firma de parte de él/ella, por favor llene lo siguiente.

Yo, _____, soy el/la (marque lo que corresponda):
(I) _____ Su nombre completo en letra de molde (am the) (check which applies)
(print your name)

- Padre/Madre con derechos de patria potestad** (insuficiente para expedientes de abuso de sustancias)
(Parent with Parental Rights) (not sufficient for substance abuse records)
- Pariente tutor legal** (insuficiente para expedientes de abuso de sustancias)
(Registered Kinship Care Relative) (not sufficient for substance abuse records)
- Tutor/a designado/a por un juez**
(Court Appointed Guardian)
- Representante legalmente designado/a para cuestiones de atención médica** (insuficiente para expedientes de abuso de sustancias)
(Legally Appointed Healthcare Agent) (not sufficient for substance abuse records)
- Poder legal médico** (insuficiente para expedientes de abuso de sustancias)
(Medical Power of Attorney) (not sufficient for substance abuse records)
- Poder legal con derecho a examinar expedientes clínicos** (insuficiente para expedientes de abuso de sustancias)
(Power of Attorney with Right to See Medical Records) (not sufficient for substance abuse records)
- Responsable sustituto/a** (insuficiente para expedientes de abuso de sustancias o de la salud mental)
(Surrogate Decision Maker) (not sufficient for substance abuse or mental health records)
- Representante personal legalmente designado/a de el/la difunto/a**
(Court Appointed Personal Representative of Deceased)

Firma del representante: _____ **Fecha:** ____/____/____
(Representative's Signature) (Date) Indispensable
(Required)

Dirección: _____ **Teléfono:** _____
(Address) (Phone)

De no ser el padre o la madre, usted TIENE QUE adjuntar prueba de su autoridad para actuar de parte del paciente, tal como lo indica arriba.
(You MUST attach proof of your authority to act on behalf of the patient as check above [other than parent].)