

Use este formulario cuando desee que sus registros sean enviados a Dartmouth Health desde otro proveedor/institución de salud.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	REMITENTE
Nombre del paciente: _____	<b>Autorizo a:</b>
Fecha de nacimiento: _____ Tel.: _____	Nombre del proveedor/institución de salud: _____
Dirección: _____	_____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____	Dirección: _____ Ciudad: _____
	Estado: _____ Código postal: _____ Fax: (____)

DESTINATARIO:				
<b>Con el fin de compartir (divulgar) mi información de salud con Dartmouth Health, solicito enviar mis registros al siguiente miembro/ubicación de Dartmouth Health:</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Alice Peck Day</b> Health Information Services 10 Alice Peck Day Drive Lebanon, NH 03766 Tel.: (603) 308-0026 Fax: (603) 640-1970 Correo electrónico: <a href="mailto:medicalrecords@apdmh.org">medicalrecords@apdmh.org</a>	<input type="checkbox"/> <b>Cheshire Medical Center</b> Departamento HIM 590 Court Street Keene, NH 03431 Tel.: (603) 354-5477 Fax: (603) 354-6530 Correo electrónico: <a href="mailto:cmcroi@cheshire-med.com">cmcroi@cheshire-med.com</a>	<input type="checkbox"/> <b>Concord - DH</b> Health Information Services 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 Tel.: (603) 229-5145 Fax: (603) 676-4394 Correo electrónico: <a href="mailto:DH-ROI@hitchcock.org">DH-ROI@hitchcock.org</a>	<input type="checkbox"/> <b>Dartmouth Hitchcock Medical Center</b> Release of Information 1 Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 Tel.: (603) 650-7110 Fax: (603) 727-7869 Correo electrónico: <a href="mailto:Lebanon.Release.of.Information@hitchcock.org">Lebanon.Release.of.Information@hitchcock.org</a>	
<input type="checkbox"/> <b>Hanover Psychiatry</b> 23 S. Main St., Suite 2B Hanover, NH 03755 Tel.: (603) 277-9110 Fax: (603) 277-9154	<input type="checkbox"/> <b>Manchester - DH</b> Health Information Services 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 Tel.: (603) 695-2820 Fax: (603) 676-4290 Correo electrónico: <a href="mailto:DH-ROI@hitchcock.org">DH-ROI@hitchcock.org</a>	<input type="checkbox"/> <b>Nashua - DH</b> Health Information Services 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 Tel.: (603) 577-4037 Fax: (603) 727-7855 Correo electrónico: <a href="mailto:DH-ROI@hitchcock.org">DH-ROI@hitchcock.org</a>	<input type="checkbox"/> <b>New London Hospital</b> Release of Information 273 County Road New London, NH 03257 Tel.: (603) 526-5247 Fax: (603) 526-5051	<input type="checkbox"/> <b>Visiting Nurse and Hospice for VT/NH</b> Release of Information 1 Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 Tel.: (603) 650-7110 Fax: (603) 727-7869 Correo electrónico: <a href="mailto:Lebanon.Release.of.Information@hitchcock.org">Lebanon.Release.of.Information@hitchcock.org</a>

Si mi información se envía por correo, devuelva los registros solicitados al siguiente departamento/sección o proveedor:

**INFORMACIÓN DE SALUD QUE SE COMPARTIRÁ**

Copias de mi información de salud entre las siguientes fechas: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta                                       | <input type="checkbox"/> Informes del Departamento de Emergencias    | <input type="checkbox"/> Vacunas                  |
| <input type="checkbox"/> Notas de evolución de paciente hospitalizado          | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio/patología           | <input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos     |
| <input type="checkbox"/> Notas de visita (consultorio) de paciente ambulatorio | <input type="checkbox"/> Formularios físicos escolares               | <input type="checkbox"/> Informes de radiografías |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____   | <input type="checkbox"/> Registros de un proveedor específico: _____ | <input type="checkbox"/> Radiografías (películas) |

Por los siguientes motivos: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SALUD SENSIBLE**

Si la información que se revelará contiene cualquiera de los tipos de información indicados a continuación, es posible que se apliquen leyes y/o requisitos de firmas adicionales. Entiendo y acepto que esta información se enviará a Dartmouth Health a las direcciones indicadas más arriba, A MENOS que coloque mis iniciales en el espacio provisto a continuación, junto a cada tipo de registro:

- |   |   |
|---|---|
| _____ Registros de tratamientos de salud mental | _____ Registros de tratamiento de infección de transmisión sexual (ITS) |
| _____ Pruebas genéticas                         | _____ Registros de tratamientos por alcoholismo/drogadicción            |
| _____ Resultados de análisis de VIH/sida        |   |

**DURACIÓN Y REVOCACIÓN**

Esta autorización permanecerá vigente por un año a partir de la fecha de la firma indicada a continuación, a menos que aquí especifique otra fecha: \_\_\_\_\_ (fecha). Yo o mi representante personal podemos revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación, tal como se especifica en el Aviso de Prácticas de Privacidad; sin embargo, mi revocación no se aplicará a la información ya divulgada.

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

Entiendo que: Dartmouth Health y \_\_\_\_\_ [NOMBRE DEL REMITENTE] no limitarán los servicios de atención de la salud que me ofrecerán aunque yo acepte o rechace firmar esta autorización. Una vez que esta información se entregue al receptor indicado más arriba, es posible que esa persona la comunique de una manera que no esté protegida por las reglamentaciones federales y estatales sobre privacidad. Mi proveedor de atención médica, quien la envía, puede cobrar una tarifa por procesar mi pedido.

_____ Firma del paciente o representante personal	_____ Fecha
_____ Nombre del paciente o representante personal (en letra de imprenta)	_____ Descripción del poder del representante personal