UNIVERSITY of MARYLAND
MEDICAL SYSTEM

SOLICITUD DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD CONFIDENCIAL

N.º DE H. C.: _____

Nombre del paciente (en imprenta)		Dirección
Fecha de nacimiento	XXX-XX- Últimos 4 dígitos del N.º de Seguro Social	Número de teléfono durante el día

INFORMACIÓN A DIVULGAR A/RECIBIR DE:

Marque la Filial del UMMS: ☐ UMMC ☐ UMMC Midtown ☐ UM SJMC ☐ UM SJMG ☐ UM BWMC ☐ CMG ☐ UM CRMC ☐ UM HMH ☐ Instituto ortopédico y de rehabilitación de la UM ☐ UM Shore Easton ☐ UM Shore Dorchester ☐ UM Shore Chestertown ☐ UM UCMC

Nombre de otro proveedor/otra organización: _____

Dirección: _____

N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____

ENVIAR INFORMACIÓN A: ☐ Enviarme una copia a la dirección anterior salvo que se indique lo contrario a continuación.
☐ Al nombre de la filial indicado anteriormente _____

Nombre del proveedor/de la organización: _____

Dirección: _____

N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____

FORMATO DE LA INFORMACIÓN A DIVULGAR:

___ Impreso ___ Electrónico (Disco compacto/dispositivo de memoria) ___ Correo electrónico (formato pdf) Dirección: _____

___ My Portfolio (formato pdf) **Al firmar a continuación, usted reconoce que no se garantiza la seguridad de la transmisión.**

INFORMACIÓN A DIVULGAR:

TIPO DE SERVICIO	DESDE LA FECHA	HASTA LA FECHA	INFORMACIÓN ESPECÍFICA	SOLICITUD ESPECIAL
___ Paciente hospitalizado	_____	_____	_____	☐ Imágenes de radiología
___ Paciente ambulatorio	_____	_____	_____	☐ Factura detallada
___ Emergencia	_____	_____	_____	
___ Otros	_____	_____	_____	

Entiendo que la información de mi registro de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental o tratamiento por abuso de drogas o alcohol. Solo se podrán divulgar los registros o la información que se consideren necesarios para los fines expresados anteriormente.

Entiendo que tengo derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta solicitud, puedo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al Departamento de Gestión de la información de salud. Entiendo que tal revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta solicitud. Esta solicitud caducará el _____ . Si no especifico una fecha o suceso de caducidad, esta autorización caducará un año después de la fecha en la que se firmó y solo será válida para la información anterior a esa fecha. Entiendo que puedo recibir una copia de este formulario después de firmarlo e inspeccionarlo y copiar la información a utilizar o divulgar. **También entiendo que me pueden cobrar por esta información.**

Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva una posible redivulgación no autorizada y la información puede ya no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Entiendo que la autorización para el uso o la divulgación de la información identificada anteriormente es voluntaria. No debo firmar este formulario para garantizar el tratamiento.

_____	_____	_____
Fecha	Firma del paciente o representante	Vínculo con el paciente*

*Si no está firmada por el paciente o uno de los padres si es menor, se requerirá documentación de autorización.

Contacto de la sede del UMMS para divulgar información

UM St. Joseph Medical Center
A la atención de: Gestión de la Información de Salud
(Health Information Management)
7601 Osler Drive
Towson, MD 21204
Teléfono: 410-337-1169
Fax: 410-427-2328

University of Maryland Medical Center
A la atención de: Gestión de la Información de Salud
(Health Information Management)
110 S. Paca Street
Baltimore, Maryland 21201
Teléfono: 410-328-5706
Fax: 410-328-2358

Campus de Midtown de University of Maryland Medical Center
A la atención de: Gestión de la Información de Salud
(Health Information Management)
827 Linden Avenue
Baltimore, MD 21201
Teléfono: 410-225-8326
Fax: 410-669-1928

UM Upper Chesapeake Medical Center
A la atención de: Gestión de la Información de Salud
(Health Information Management)
500 Upper Chesapeake Drive
Bel Air, MD 21014
Teléfono: 443-643-2474
Fax: 443-643-2476

UM Shore Regional Health - Easton
A la atención de: Gestión de la Información de Salud
(Health Information Management)
219 S. Washington Street
Easton, Maryland 21601
Teléfono: 410-822-1000 ext.5580
Fax: 410-820-8040

UM Harford Memorial Hospital
A la atención de: Gestión de la Información de Salud
(Health Information Management)
501 South Union Avenue
Havre de Grace, MD 21078
Teléfono: 443-843-5817
Fax: 443-843-7940

UM Shore Regional Health - Dorchester
A la atención de: Gestión de la Información de Salud
(Health Information Management)
300 Byrn Street
Cambridge, Maryland 21613
Teléfono: 410-228-5511 ext.8326
Fax: 410-228-0436

UM Charles Regional Medical Center
A la atención de: Gestión de la Información de Salud
(Health Information Management)
5 Garrett Avenue
La Plata, Maryland 20646
Teléfono: 301-609-4375
Fax: 301-609-4301

UM Shore Regional Health - Chestertown
A la atención de: Gestión de la Información de Salud
(Health Information Management)
100 Brown Street
Chestertown, Maryland 21620
Teléfono: 410-778-3300 ext.2340
Fax: 410-810-7184

Instituto ortopédico y de rehabilitación de la UM
A la atención de: Gestión de la Información de Salud
(Health Information Management)
2200 Keman Drive
Baltimore, Maryland 21207
Teléfono: 410-448-6497
Fax: 410-448-6810

UM Baltimore Washington Medical Center
A la atención de: Gestión de la Información de Salud
(Health Information Management)
301 Hospital Drive
Glen Burnie, MD 21061
Teléfono: 410-787-4372
Fax: 410-595-1997