



AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MEDICA
(AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE HEALTH INFORMATION)

***** POR FAVOR, LEA Y COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS *****

Nombre del paciente: _____ Aliás/Nombre de soltera: _____

Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad/Pueblo Estado Código postal

Autorizo el uso/divulgación de mi información médica como se describe a continuación:

Para obtener de: _____ (Qué Hospital/Práctica/Servicio) Obtenga de:
 Informar a: _____ (Informar a qué organización/práctica/a quién)
Dirección: _____ Dirección: _____
Número de fax.: _____ Número de teléfono: _____
Número de fax.: _____

Compartir la siguiente información de mi historial médico:

De: _____ Para: _____
(Por favor, especifique las fechas de servicio)

- Resumen del historial médico del hospital:**
Historial y examen físico, notas del médico del departamento de emergencias, resumen de la De Alta, informes de consultas, notas de salud mental, informes de cirugías y procedimientos, informes de laboratorio, informes de imágenes, todos los demás estudios diagnósticos, etc.
- Resumen de los registros del grupo médico:**
Notas del médico, informes de consultas, informes de procedimientos, informes de patología, informes de laboratorio, informes de imágenes, todos los demás estudios de diagnóstico, evaluaciones psiquiátricas y psicológicas, notas de progreso de salud mental, etc.
- Resultados de las pruebas diagnósticas** (por favor especifique): _____
- Imágenes** (Favor, seleccione un formato): **CD y Reportes** **Solo Reportes**
- Estados de cuenta**
- Expediente médico completo u otro** (por favor especifique): _____

Con el fin de:

- Atención médica adicional** **Personal** **Seguro** **Legal** **Otro:** _____

Deseo que el recipiente indicado en la sección "Revelar a" reciba esta información a través de (seleccione una opción):

- Papel** **CD** **Notificación segura por correo electrónico (dirección de correo electrónico):** _____

- Debo proporcionar una dirección de correo electrónico válida, ya sea la suya o la del destinatario designado.
- Se proporcionará una notificación por correo electrónico con instrucciones para recuperar los registros solicitados desde un portal seguro. Estos registros solo estarán disponibles como documentos PDF en el portal seguro durante los 30 días siguientes a la fecha de la notificación de disponibilidad por correo electrónico.

Esta autorización incluye la divulgación de los registros identificados a continuación, a menos que marque la opción de NO divulgar dichos registros. Marcar o no la casilla no es un indicador de que dicha información exista.

Registro que NO se divulgarán: Servicios de Salud Mental Visitas por Trastornos de Uso de Sustancias

Aparte de la información de la visitas de salud mental y de trastorno de uso de sustancias descritas anteriormente, **entiendo que los expedientes que he seleccionado para ser divulgados pueden contener información sobre el tratamiento y las pruebas relacionadas con la genética, la salud mental, el VIH/SIDA y el trastorno de uso de sustancias** (por ejemplo, de las visitas de atención primaria) y que al firmar esta autorización estoy de acuerdo con la divulgación de dicha información. Puedo elegir y tengo derecho a que se me entreguen mis registros directamente para que pueda revisar e inspeccionar los materiales, incluso en el caso de información sensible que no deseo que se divulgue a un tercero.



AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MEDICA
(AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE HEALTH INFORMATION)

Yo entiendo lo siguiente:

- Puede haber cargos por las copias de mi récord médico debido a los pasos regulados y de procedimiento involucrados con el proceso de liberación de información. Todos los cargos están regulados por la ley estatal y federal y son actualizados anualmente por la Legislatura del Estado de Pennsylvania.
 - Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, pago, inscripción o mi elegibilidad para los beneficios. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información utilizada/revelada bajo esta autorización.
 - La información divulgada en cumplimiento de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del recipiente y ya no estará protegida bajo los términos de esta autorización. Sin embargo, ciertos registros protegidos no pueden volver a ser divulgados según las leyes y reglamentos del estado de Pennsylvania, y/o las normas federales de confidencialidad.
 - Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Si decido revocar esta autorización, debo presentar mi revocación por escrito a la Oficina de Manejo de Información Médica – Divulgación de Información Médica. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización.
 - Este documento autoriza la divulgación de la información introducida en mi historial médico antes o dentro de los 12 meses siguientes a la fecha de mi firma. Esta autorización expirará en 12 meses a partir de la fecha de la firma.
 - Esta autorización no se aceptará si no se completa en su totalidad. Se aceptará una copia de esta forma en lugar del original.
- Con mi firma reconozco que mi representante o yo mismo hemos recibido una copia de este documento, que he leído y comprendido el contenido de esta autorización y que doy consentimiento voluntariamente a la divulgación de la información.

Firma del paciente/representante *

Fecha

Nombre del representante en letra de molde y su relación con el paciente *

Firma del testigo

Fecha

Nombre del testigo en letra de molde

* Un representante personal es la persona, según la ley aplicable, con autoridad para actuar en nombre del paciente o difunto.
Es posible que se requiera documentación legal.

En cumplimiento de la Ley de Procedimientos de Salud Mental de Pennsylvania:

ESTA PORCIÓN SERÁ COMPLETADA CUANDO EL PACIENTE/REPRESENTANTE ESTÁ FISICAMENTE INCAPACITADO PARA PROPORCIONAR LA FIRMA:

Nosotros, los abajo firmantes, verificamos que la Autorización de arriba ha sido leída al paciente y que él/ella entiende la naturaleza de la divulgación y da libremente su consentimiento para divulgar la información de arriba.

El consentimiento verbal requiere las firmas de dos testigos:

Firma del testigo

Fecha

Nombre del testigo en letra de molde

Firma del testigo

Fecha

Nombre del testigo en letra de molde

POR FAVOR ENVÍE ESTA FORMA POR CORREO O FAX A:

WellSpan Health
Health Information Management – Release of Information
50 Wyntre Brook Drive
York, PA 17403

Número de telefono: (717) 851-6396
Número de Fax: (717) 812-8119
Email: PatientRequests@wellspan.org

***** IMPORTANTE: Por favor envíe copias de los récords médicos directamente a la práctica o médico que lo está solicitando. *****

Las solicitudes de información médica y las facturas son procesadas por: MRO CORPORATION

