



**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN
DE EXPEDIENTES MÉDICOS**

Penn State Milton S. Hershey Medical Center, Health Information Services, Mail Code HU24, P.O. Box 850, Hershey, PA 17033-0850

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

ESTA AUTORIZACIÓN NO SE ACEPTARÁ A MENOS QUE SE COMPLETEN TODOS LOS PUNTOS.

La información que se divulga puede incluir: datos sobre VIH/SIDA, drogadicción y alcoholismo, y salud mental.

Este documento autoriza la divulgación de información ingresada en mi expediente médico antes o dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de mi firma.

Divulgar el expediente médico a

Recibir el expediente médico de

(Nombre de la persona organismo, institución u otra entidad autorizada)

Dirección (calle y número)

Ciudad

Estado

Código postal

Formato en el que le gustaría divulgar o recibir información del expediente médico:

Expediente médico impreso

Expediente médico en disco compacto (CD) *(Enviar este formulario inmediatamente por fax a Servicios de información médica al (717) 531-5068).*

Imágenes radiológicas en disco compacto (CD)

Expediente médico por Internet

Enviar este formulario inmediatamente por fax a Servicios de información médica al (717) 531-5068.

COMPLETE TAMBIÉN el Formulario de solicitud de entrega electrónica del expediente. *Esta opción solo está disponible para expedientes que se entregan directamente al paciente o al padre/madre de un menor/apoderado/tutor legal.*

Motivo de la solicitud: _____

Debido a los pasos regulados y de procedimiento que involucra el proceso de divulgación de información, hay costos relacionados con la compilación del expediente médico y, por lo tanto, podría haber un cargo relacionado incurrido por usted, por solicitudes de expedientes médicos. Todos los cargos están regulados por leyes estatales y federales, y actualizados anualmente por la legislación del estado de Pennsylvania. Los cargos enumerados a continuación tienen vigencia del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2016:

Páginas 1-5	Sin cargo
Páginas 6-20	\$1.46 por página
Páginas 21-60	\$1.08 por página
Páginas 61-final	\$0.36 por página
Microfilm/Microficha	\$2.16 por página más el porte e impuesto correspondientes





**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN
DE EXPEDIENTES MÉDICOS**

Proporcione la información solicitada del o de los tipo(s) de expedientes médicos marcando las casillas y enumerando abajo las fechas de servicio:

(Enumerar las fechas de servicio aquí):

Resumen del expediente médico de un PACIENTE HOSPITALIZADO:

Brinda información sobre consultas, resultados de pruebas de diagnóstico, resúmenes del departamento de emergencia y del alta, historial médico y exámenes físicos, alergias a medicamentos, lista de medicamentos, lista de problemas, procedimientos, informe patológico, informes de laboratorio.

Resumen del expediente médico de un PACIENTE EXTERNO:

Brinda información sobre consultas, resultados de pruebas de diagnóstico, departamento de emergencia, historial médico y exámenes físicos, alergias a medicamentos, lista de medicamentos, procedimientos, informe patológico, carta sobre servicios de consulta externa, notas de la clínica de consulta externa, informes de laboratorio.

Resultado(s) de pruebas de diagnóstico

Por ejemplo, los EEG, ECG, estudios cardiológicos, patología, estudios pulmonares
(especificar el tipo de prueba y la fecha) _____

(O BIEN)

Otro:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resúmenes de alta | <input type="checkbox"/> Cartas/notas sobre servicios de consulta externa |
| <input type="checkbox"/> Historial médico y exámenes físicos | <input type="checkbox"/> Notas sobre el avance diario |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informe operativo, de procedimiento |
| <input type="checkbox"/> N.º de serie /N.º de identificación del producto para dispositivos implantados | |
| <input type="checkbox"/> Otro <i>(especificar qué documento y fecha de servicio)</i> | _____ |

Esta autorización está sujeta a ser revocada en cualquier momento, excepto en la medida en que la persona que haga la divulgación ya haya actuado en función de esta. Si usted desea revocar esta autorización, debe hacerlo por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de este formulario, a la atención del Director de Servicios de información médica. Si no lo revoca antes, esta autorización se dará por terminada en un año a partir de la fecha de firma. El hecho de no firmar este formulario no afectará su derecho a recibir atención en Hershey Medical Center. Ni nuestro tratamiento ni su pago están condicionados por su firma en este formulario.

Mediante esta autorización, eximo al proveedor de dicho expediente de toda responsabilidad legal en relación con la divulgación del expediente aquí indicado.

Firma del paciente o de su representante

Fecha

Parentesco si firma una persona que no sea el paciente

Nota al receptor de la información: esta información se ha divulgado a usted a partir de un expediente protegido por las leyes de Pennsylvania. Las leyes de Pennsylvania le prohíben a usted divulgar esta información a un tercero, a menos que, explícitamente se permita mediante la autorización por escrito de la persona a quien pertenece la información.

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN
DE EXPEDIENTES MÉDICOS**