



AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA REVELAR EXPEDIENTES MÉDICOS

Penn State Health, Health Information Management, Mail Code HU24, P.O. Box 850, Hershey, PA 17033-0850 • Teléfono: 717-531-8055 • Fax: 717-531-5068

I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de expediente médico: _____
Teléfono: (_____) _____ Correo electrónico del paciente*: _____

LA INFORMACIÓN QUE SE REVELA PUEDE INCLUIR: DATOS SOBRE EL VIH/SIDA, TRATAMIENTO PARA LA ADICCIÓN A LAS DROGAS Y EL ALCOHOL, Y SALUD MENTAL.

MOTIVO DE LA SOLICITUD (completar el campo del destinatario abajo en todos los casos):

- Para uso propio del paciente, incluso para atención continua
- Para que Penn State Health envíe la información médica o las imágenes a otra entidad
- Para solicitar que la información médica o las imágenes del paciente se envíen a Penn State Health desde otro centro
- Para que un empleado o representante de Penn State Health se comunique con otra persona o entidad personalmente, por teléfono o por otro medio de comunicación

POR ESTE MEDIO AUTORIZO A _____
(Nombre del empleado o representante autorizado de Penn State Health)

A HABLAR SOBRE MI INFORMACIÓN MÉDICA (MARQUE LA OPCIÓN ABAJO) CON LA PERSONA, ORGANISMO O INSTITUCIÓN AUTORIZADO, O QUIEN SE ESTABLEZCA EN LA SECCIÓN II.

- Toda información médica que el empleado o representante conozca sobre mí.
- Toda información médica que el empleado o representante conozca en relación con el tratamiento que me dio Penn State Health.
- Otra (especificar): _____

Otra: _____
Tenga en cuenta que puede haber costos asociados a las solicitudes de documentos adicionales, independientemente de lo que se establece en los Resúmenes 1-3 (ver carta adjunta)

Motivo de la solicitud: _____

¿DONDE RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA? MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- Penn State Health Milton S. Hershey Medical Center Penn State Health St. Joseph Medical Center
- Penn State Health Medical Group clinic (especifique el sitio/ubicación): _____
- Penn State Health Medical Center clinic (especifique el sitio/ubicación): _____
- Otra (especificar): _____

II. CAMPO DEL DESTINATARIO:

COMPARTIR INFORMACIÓN CON: RECIBIR INFORMACIÓN DE:

(Nombre del paciente, persona, organismo, institución u otra entidad autorizada)

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

III. FORMATO en el que le gustaría compartir o recibir la información médica:

- Expediente médico impreso Expediente médico en CD
- Imágenes radiológicas en CD Expedientes médicos por Internet *
- Portal del paciente de Penn State Hershey Medical Center

** Esta opción solo es para los expedientes que se entregan directamente al paciente o al padre/madre de un menor/apoderado (Power of Attorney, POA)/tutor legal*

IV. INFORMACIÓN MÉDICA O IMÁGENES SOLICITADAS:

Entregue la información solicitada de los tipos de expedientes médicos marcando las casillas y enumerando las fechas de servicio abajo:

(Indicar las fechas de servicio aquí) _____





DEBE HABER UNA ETIQUETA OOS EN EL FRENTE DE ESTE FORMULARIO

(LOS FORMULARIOS DE 2 CARAS DEBEN TENER UNA ETIQUETA OOS EN CADA CARA)

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA REVELAR EXPEDIENTES MÉDICOS

Resumen 1: Expediente médico de un PACIENTE HOSPITALIZADO (hasta 2 años):

Da información sobre consultas, resultados de pruebas de diagnóstico, resúmenes del Departamento de Emergencias y del alta, historia médica y exámenes físicos, alergias a medicamentos, lista de medicamentos, lista de problemas, procedimientos, informe patológico, informes de laboratorio.

Resumen 2: Expediente médico de un PACIENTE EXTERNO (hasta 2 años):

Da información sobre consultas, resultados de pruebas de diagnóstico, Departamento de Emergencias, historia médica y exámenes físicos, alergias a medicamentos, lista de medicamentos, lista de problemas, procedimientos, informe patológico, carta sobre servicios de consulta externa, notas de la clínica de consulta externa, informes de laboratorio.

Resumen 3: Solo resultados de pruebas de diagnóstico (hasta 2 años):

Por ejemplo, radiología, EEG (electroencefalografía), EKG (electrocardiograma), estudios cardiológicos, patológicos y pulmonares. **(especificar el tipo de prueba y la fecha)** _____

Otro:

- Informes de resúmenes de alta
- Historia e informes físicos
- Resultados de laboratorio
- Número de serie/número de identificación del producto para dispositivos implantados
- Otro **(especificar el tipo de documento y la fecha de servicios)** _____
- Informes de cartas/avisos para pacientes externos
- Informes de avisos sobre el avance a diario
- Informes operativos y de procedimientos
- Imágenes radiológicas (especificar tipo y fecha)

Si tiene alguna pregunta o preocupación comuníquese con nosotros llamando al 717-531-8055

V. Firma del paciente o de su representante:

Esta autorización está sujeta a ser revocada en cualquier momento, excepto en la medida en que la persona que revele la información ya haya actuado en función de esta. Si usted quiere revocar esta autorización, debe enviar una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de este formulario a la atención de: Director, Health Information Management. Si no la revoca antes, esta autorización terminará 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 Penn State Health. 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 relacionada con la revelación de los expedientes aquí indicados.

Firma del paciente o de su representante

Fecha/Hora

Relación (si firma una persona que no sea el paciente)

AUTORIZACIÓN VERBAL (para personas que no pueden firmar)

NO está vigente para la información relacionada con el VIH o con el tratamiento para la adicción a las drogas o al alcohol. Declaro que el paciente/padre o madre/tutor legal entendió la naturaleza de esta revelación y dio su autorización verbal de manera libre (se requieren dos testigos)

Testigo n.º 1

Fecha/Hora

Testigo n.º 2

Fecha/Hora

Información compartida por

Fecha/Hora

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

Este documento autoriza compartir la información ingresada en mi registros médicos antes o en el plazo de los 12 meses después de la fecha de mi firma

ENVIAR INMEDIATAMENTE ESTE FORMULARIO A LA ADMINISTRACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA POR FAX AL 717-531-5068

Nota al destinatario de la información: Esta información se compartió con usted a partir de un expediente protegido por las leyes de Pensilvania. Las leyes de Pensilvania le prohíben a usted compartir esta información con un tercero, a menos que explícitamente se permita mediante la autorización por escrito de la persona a quien pertenece la información.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA REVELAR EXPEDIENTES MÉDICOS