



MUST HAVE AN OOS LABEL ON THE FRONT SIDE OF THIS FORM
(2-SIDED FORMS MUST HAVE AN OOS LABEL ON BOTH SIDES)

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA REVELAR EXPEDIENTES MÉDICOS

Resumen 1. Expedientes médicos de PACIENTES HOSPITALIZADOS (hasta 2 años):

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

Resumen 2. Expedientes médicos de PACIENTES AMBULATORIOS (hasta 2 años):

Da información sobre interconsultas, resultados de pruebas de diagnóstico, informes del Departamento de Emergencias, historia médica y exámenes físicos, alergias a medicamentos, lista de medicamentos, procedimientos, informe anatomopatológico, carta sobre servicios de consulta ambulatoria, notas de la clínica sobre servicios de consulta ambulatoria, e informes de laboratorio.

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

Por ejemplo, radiología, EEG, ECG, y estudios cardiológicos, anatomopatológicos y pulmonares.

(Especifique el tipo de prueba y la fecha) _____

Otro:

- Informes de alta
- Informes de cartas/notas sobre servicios de consulta ambulatoria
- Informes de historias médicas y exámenes físicos
- Informes de notas de evolución diaria
- Resultados de laboratorio
- Informe operativo, informes de procedimiento
- N.º de serie/N.º de identificación del producto para dispositivos implantados
- Imágenes de radiología (especifique tipo y fecha)
- Otro **(especifique el documento y la fecha de atención)** _____

Si tiene alguna pregunta o preocupación, llámenos al 717-531-8055.

V. FIRMA DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE:

Esta autorización puede revocarse en cualquier momento, excepto en los casos en los que la persona que haga la revelación ya haya actuado en función de ella. Si quiere revocar esta autorización, debe hacerlo por escrito enviando su solicitud de revocación 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 finalizará un año después de la fecha en la que se firmó. Su derecho a recibir atención en Penn State Health no se verá afectado si no firma este formulario. Ni nuestro tratamiento ni su pago están condicionados por su firma en este formulario.

Por la presente, eximo a quien entregó dichos expedientes de toda responsabilidad legal relacionada con la revelación de los expedientes indicados aquí.

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 se aplica a la información sobre el VIH o sobre el tratamiento para la drogadicción o el alcoholismo. Declaro que el paciente/padre o madre/tutor legal entendió la naturaleza de esta revelación y dio su autorización verbal de manera voluntaria (se requieren dos testigos).

Testigo 1 _____
Fecha/hora _____
Testigo 2 _____
Fecha/hora

Información revelada por _____
Fecha/hora

ESTA AUTORIZACIÓN SOLO SE ACEPTARÁ SI SE COMPLETAN TODOS LOS PUNTOS.

Este documento permite revelar la información de mi expediente médico en un plazo máximo de 12 meses después de la fecha de mi firma.

ENVÍE ESTE FORMULARIO POR FAX DE INMEDIATO A LA ADMINISTRACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA AL 717-531-5068.

Nota para el destinatario de la información: Le han revelado información de un expediente protegido por las leyes de Pensilvania, que le prohíben que revele esta información a un tercero, a menos que se permita expresamente con la autorización por escrito de la persona a quien le pertenece dicha información.