



**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE
PARA REVELAR EXPEDIENTES MÉDICOS**

Penn State Health, Health Information Management, Mail Code CA700, 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: (____) _____ Dirección de correo electrónico del paciente*: _____

**LA INFORMACIÓN REVELADA PUEDE INCLUIR: VIH/SIDA,
TRATAMIENTO PARA LA DROGADICCIÓN Y EL ALCOHOLISMO, Y SALUD MENTAL.**

MOTIVO DE LA SOLICITUD (complete el campo para el destinatario de abajo en todos los casos):

- Para uso del paciente, incluyendo la atención continua.
- Para que Penn State Health envíe información médica o imágenes a otra entidad.
- Para pedir que otro centro envíe la información médica o las imágenes de este paciente a Penn State Health.
- Para que un empleado/agente de Penn State Health hable con otra persona o entidad por teléfono, en persona o por otros medios de comunicación.

POR ESTE MEDIO, AUTORIZO QUE _____
(Nombre del empleado o agente autorizado de Penn State Health)

HABLE SOBRE MI INFORMACIÓN MÉDICA (MARQUE LA OPCIÓN ABAJO) CON LA PERSONA, AGENCIA O INSTITUCIÓN AUTORIZADA, U OTROS, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA SECCIÓN II.

- Toda la información médica que el empleado/agente sepa de mí.
- Toda la información médica que el empleado/agente sepa de mí en relación con el tratamiento que recibí en Penn State Health.
- Otro (especifique): _____
- Otro: _____

Tenga en cuenta que puede haber costos asociados con las solicitudes de otros documentos, independientemente de lo que se establece en los resúmenes 1 a 3 *(consulte la carta adjunta)*

Motivo específico de la solicitud: _____

¿DÓNDE RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA? MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA.

Penn State Health:

- Hershey Medical Center _____ St Joseph Medical Center _____
- Holy Spirit Medical Center _____ Hampden Medical Center _____ Lancaster Medical Center _____
- Clínica de Penn State Health Medical Center (especifique la ubicación): _____

II. CAMPO PARA EL DESTINATARIO:

RECIBIR INFORMACIÓN DE:

REVELAR INFORMACIÓN A:

(Nombre del paciente o de la persona, agencia, institución u otra entidad autorizada)

Dirección

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Ciudad, estado, código postal

III. FORMATO EN EL QUE QUIERE REVELAR O RECIBIR LA INFORMACIÓN DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS:

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

**Esta opción es solo para los expedientes que se envían directamente al paciente o a la madre o al padre del menor/apoderado (Power of Attorney, POA)/tutor legal.*

IV. INFORMACIÓN MÉDICA O IMÁGENES SOLICITADAS:

Dé la información solicitada sobre los tipos de expediente médico marcando las casillas e incluyendo las fechas de atención abajo:

(Incluya las fechas de atención aquí) _____





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.