PENN STATE HEALTH ST. JOSEPH

AUTORIZACIÓN PARA USO Y PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

☐ St. Joseph Medical Center (hospital) ☐ St. Joseph Medical Group (Prácticas Médicas) ☐ St. Joseph Family and Women's care

Asegúrese de completar todos los espacios para que usted pueda ser contactado para cualquier problema que surja. No proveer cualquiera de esta información resultará en retraso al enviar la información médica.

Nombre del Paciente_____ Fecha de Nacimietno ____/____/____ SSN#:(ult.4)_____
Nombre de Soltera:_____
Dirección del Paciente: _____
Ciudad:_____Estado_____ Código Postal:_____Tel._(_____)_____
Correo Electrónic_____

Expediente del Proveedor : **Adónde le gustaría enviar los archivos**

Por favor complete todos los espacios aún si quisiera que los expedientes sean faxeados.
Los archivos grandes no pueden ser faxeados y PSHSJ necesitará una dirección completa.

Doctor o Nombre del Centro_____ ☐ Usted mismo
Dirección: _____ Dirección:_____
Ciudad: _____ Ciudad: _____
Tel.:_(_____)_____ Fax: (____)_____ _ Tel.:_(___)_____ Fax: (____)_____

A fines de recibir el servicio más rápido por favor sea especifico enla información que ha sido requerida. Archivos grandes tomarán más tiempo en ser procesados y enviados. Pedidos reducidos al mínimo necesario le permitirá a PSHSJ acelerar el tiempo de envio.
Fechas de servicios: desde ____/_____/_____/ hasta _____/_____/ _____/
Incidente o fecha de la lesion _____/_____/_____
Información Específica _____

Propósito de la divulgación - **Por favor seleccione una:**

☐ Referido al Especialista ☐ Seguro ☐ Compensación del Trabajador
☐ Investigación Legal ☐ Determinación de Discapacidad/Reclamo ☐ Personal
☐ Transferencia de Cuidado ☐ 2da. Opinión ☐ Otro: _____

Usted TIENE que estar de acuerdo o en desacuerdo con cada uno de lo siguiente. Por favor está usted advertido que estar en desacuerdo con cualquiera de lo siguiente puede resultar que se retenga algún archivo al responder.
De otra manera salvo que sea revocado, esta autorización expirará en 90 días desde la fecha en que fue originalmente firmada o o en la siguiente fecha _____/ _____/ _____/
El expediente de mi evaluación, diagnóstico y/o tratamiento relacionado con la condición señalada más adelante puede ser divulgada a la persona/entidad identificada anteriormente para los siguientes tipos de expedientes salvo indicación contraria.

☐ acuerdo ☐ desacuerdo AIDS(Síndrome de inmunodeficiencia adquirida) o HIV (Virus de inmunodeficiencia Humana)
☐ acuerdo ☐ desacuerdo Cuidado Psiquiátricoy/o abuso de droga
☐ acuerdo ☐ desacuerdo Tratamiento para alcohol y/o abudo de droga
☐ acuerdo ☐ desacuerdo Tratamiento de Salud Mental

No completar esta sección implicará automáticamente que usted no autoriza la divulgación de estos expedientes.

Yo entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Yo entiendo que mi revocación tiene que ser por escrito y sometida al oficial de privacidad de la institución antes mencionada autorizado para hacer esta divilgación.
Yo entiendo que la revocación no se aplica a información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización.

Yo entiendo que cualquier divilgación de información puede estar sujeta a re-divilgación por el destinatario y puede ya no estar protegida por la ley federal o estatal. Yo entiendo que no necesito firmar esta autorización para asegurar la continuidad del tratamiento. Yo entiendo que puedo inspeccionar y/o copiar la información para ser revelada. Yo entiendo que la autorización de esta divulgación es voluntaria. Yo entiendo que si yo tengo preguntas acerca de mi información de salud de esta divulgación, yo puedo pedir información al oficial de privacidad de la institución antes mencionada quien está autorizado a divulgar esta información y requerir una copia de esta autorización.

Yo entiendo que puede haber un costo por estos servicios.
La solicitud no puede ser procesada sin la autorización apropiada. Los menores tienen que tener la autorización del padre o la madre.

Firma del Paciente o Representante Autorizado y Título Fecha