

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

SECCIÓN 1: Información del paciente

****Para una tramitación puntual, IMPRIMA claramente.**

NOMBRE DEL PACIENTE (Incluya cambios de nombre recientes o alias)				FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO #

SECCIÓN 2: Lugar(es) de atención

HOSPITAL	CAMPUS DEL HOSPITAL SLUHN: <i>Si solicita registros de hospitalización, marque una de las casillas siguientes y especifique el lugar.</i> <input type="checkbox"/> Ubicación(es) del hospital: _____ <input type="checkbox"/> Red Universitaria de Salud St Luke's: <u>Búsqueda en toda la red</u>
MÉDICO GENERAL	CONSULTORIOS MÉDICOS DE SLPG: <input type="checkbox"/> TODAS LAS UBICACIONES DE ESTA ESPECIALIDAD Nombre de los médicos o proveedores de cuidados de la salud: _____ Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono: _____
NO SLUHN	Ubicaciones: _____ Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono: _____

SECCIÓN 3: Divulgación de registros (Dónde quiere que enviemos sus registros)

Consiento y autorizo la divulgación de información de mi historial médico desde el lugar o lugares arriba indicados a:

NOMBRE DEL MÉDICO/HOSPITAL/PERSONA/OTRO/PROPIO	TELÉFONO #
DIRECCIÓN	FAX #

SECCIÓN 4: Método de envío de registros (¿Cómo desea que le enviemos su historial médico?)

Correo electrónico seguro: _____
 Fax: _____
 Dirección postal: _____
 SOLICITADOS EN SOPORTE ELECTRÓNICO (TODOS LOS REGISTROS SE PROPORCIONAN EN CD Y SE ENVÍAN POR CORREO)

SECCIÓN 5: Fecha concreta de divulgación del servicio/información: *Complete el intervalo de fechas y la selección de documentos a continuación*

La información que se divulgará abarcará el periodo comprendido del _____ al _____ (no puede ser una fecha futura)

<input type="checkbox"/> Resumen del registro (documentos clave del expediente) <input type="checkbox"/> Instrucciones de alta (AVS) <input type="checkbox"/> Registro de urgencias <input type="checkbox"/> Notas del consultorio/Notas de consulta <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Historial y exploración física <input type="checkbox"/> Notas de terapia (fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia) <input type="checkbox"/> Informes operativos <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> Excepción: No doy permiso para divulgar: _____	<input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Informes de consulta <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de rayos X/imagenología <input type="checkbox"/> Radiología/imagen en CD <input type="checkbox"/> Electrocardiograma, electroencefalograma, pruebas de esfuerzo <input type="checkbox"/> Estudios vasculares
--	---



SECCIÓN 6: Autorizaciones especiales para registros de VIH, salud mental y drogas/alcohol:

Entiendo y autorizo la divulgación de esta información a menos que se indique en la primera página como excepción. También entiendo que mi expediente puede contener lo siguiente:

- Información relacionada con el SIDA/VIH si mi médico ordenó pruebas relacionadas con el SIDA/VIH; Ley de Confidencialidad de la Información Relacionada con el VIH, Ley 148 de PA
- Información de salud mental, si el médico dio tratamiento de salud mental, PA Mental Health Procedure Act
- Información sobre drogas o alcohol, si mi médico ordenó pruebas de drogas o alcohol o me proporcionó tratamiento. Ley de Control del Abuso de Drogas y Alcohol 42 CFR Parte 2; 71 P.S. 1690.108(c)

SECCIÓN 7: Firmas de autorización

Entiendo que el proveedor no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o el derecho a recibir prestaciones basado en la firma de esta autorización.

Reconozco que la información divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de nueva divulgación por parte del destinatario. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que St. Luke's ya la haya utilizado para hacer una divulgación. Mi revocación por escrito entrará en vigor cuando St. Luke's la reciba. Si deseo revocar esta autorización, enviaré una solicitud por escrito a: Luke's University Health Network, Medical Records Department, 77 Commerce Way, Bethlehem, PA 18017.

Entiendo que esta autorización permanecerá vigente por un período de un año a partir de la fecha de mi solicitud, a menos que se especifique lo contrario.

Firma del paciente / persona autorizada	Fecha
_____	_____
Nombre en letra imprenta del paciente / persona autorizada	Hora
_____	_____

Parentesco: _____

No puede firmar porque: _____

Identificación del paciente: Identificación con foto: _____ Otro: _____ Poder Notarial: _____

¿Es el paciente menor de edad? Sí No

- En caso afirmativo, ¿existe alguna restricción legal de su autoridad para actuar en nombre del menor? Sí No
- En caso afirmativo, ¿se proveyó documentación legal? Sí No

SOLO PARA USO INTERNO:

PACIENTE: Recibido Rechazó una copia de este formulario Solicitud verbal: _____

Información facilitada a: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Información facilitada por: _____ Fecha: _____ Hora: _____

