



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
 Número Expediente: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

**\*\*Favor leer y complete los siguientes espacios:\*\***

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Alias/ Nombre de Soltera: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Últimos 4 números del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Yo autorizo el uso /divulgación de mi información médica descrita abajo:**

Para obtener de: \_\_\_\_\_  
 (qué organización)

Para divulgar a: \_\_\_\_\_  
 (Divulgar a )

Dirección: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**La siguiente información de mi expediente médico (Favor especificar las fechas) De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_**

- Expediente médico completo
- Resumen de expediente médico de hospital (Historial físico, resumen de Alta, consultas, reportes de procedimientos, laboratorios, reportes de imágenes, y todos los estudios de diagnósticos)
- Resultado Individual mencionado abajo (favor especificar): \_\_\_\_\_
- Notas de oficina del médico
- Filminas/ o CD
- Estados de Facturación
- Otros (favor especificar): \_\_\_\_\_

**Reportes de paciente externo de Comportamiento (Salud Mental):**

- MH Notas de oficina de MH
- Evaluación psiquiátrica
- Evaluación psicológica
- Visitas de Control de medicamentos
- Otros (Favor especificar): \_\_\_\_\_

**Para el propósito de:**

- Cuidado médico futuro
- Personal
- Elegibilidad de Seguro Médico / Beneficios
- Cambio de médico
- Investigación legal
- Consultas de facturación
- Establecer un plan de pago
- Otros (Favor especificar): \_\_\_\_\_

• Yo entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada a enfermedades sexo transmisible y síndrome inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Esto puede también incluir información sobre servicios de comportamiento y salud mental, y tratamiento de uso y abuso de alcohol y droga.

**La ley Federal y de Estado protege la siguiente información. Si esta información aplica a usted, favor indicar si usted le gustaría divulgar/obtener información (incluya las fechas en su caso):**

Registros de Alcohol, droga, o Sustancias Controladas:  Si  No Fechas: \_\_\_\_\_  
Pruebas y resultados VIH  Si  No Fechas: \_\_\_\_\_  
Registros de Psicoterapia o Salud Mental :  Si  No Fechas: \_\_\_\_\_

- Entiendo que el uso /divulgación de estos registros es para mi uso, puede haber cargo o costo por página, de acuerdo al Departamento de Regulaciones de Salud y la ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud.
- Entiendo que puedo declinar la firma de esta autorización y esta declinación no afectará mi habilidad de obtener tratamiento, pago o mis beneficios de elegibilidad. Yo puedo inspeccionar o copiar cualquier información utilizada/divulgada bajo esta autorización.
- Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y no estará protegida bajo los términos de esta autorización.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi petición escrita a Family First Health. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgado en respuesta a esta autorización.
- **Esta autorización no expira, a menos otro sea especificado en lo siguiente:** \_\_\_\_\_  
(No exceder un año desde el presente)

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/ Parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/ Parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Signature of Staff Person Obtaining Authorization

\_\_\_\_\_  
Date

**Localización:**

George Street Center  Nurse Family Partnership  Servicios Sociales  Hannah Penn  
 Gettysburg  Hanover  Lewisberry  Columbia

**Si el paciente no esta capacitado para dar consentimiento, o es un menor , complete lo siguiente:**

Si es firmado por otra persona que no sea el paciente, seleccione relación con la persona. Documentación legal podría ser requerido.

Paciente es:  Menor  Incompetente  Discapacitado  Fallecido  
Autorización Legal:  Guardián Legal  Padre en Custodia  Poder legal de Salud  
 Heredero legal del Fallecido  Autorización de Representante Legal

**Nota:** Reconozco con mi firma que yo o mi representante recibió copia de este documento. Esta autorización no será aceptada a menos sea completada a su totalidad. Una copia de esta forma será aceptada en lugar de la original.

Copia ofrecida y recibida por el paciente  Paciente accederá a través de Portal  Copia ofrecida al paciente y fue negada

**AUTORIZACIÓN VERBAL:** Esta parte será completada cuando el paciente no esté disponible a dar consentimiento escrito.

Nosotros, los firmantes abajo, verificamos que la autorización anterior ha sido leída por el cliente y que el/ella ha indicado la comprensión de la naturaleza de la autorización y el consentimiento verbal fue dado a el/ella libremente para la divulgación de la información mencionada arriba.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha



**SOLICITUDES DE INFORMACIÓN DE SALUD FUERON PROCESADAS POR:**