



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: