



Nombre del Paciente: _____
Número Expedienter: _____
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 utilizar/divulgación de mi información médica descrita abajo:**

<input type="checkbox"/> <b>Para obtener de:</b> _____ <div style="text-align: right;">(qué organización)</div>	<input type="checkbox"/> <b>Para divulgar a:</b> _____ <div style="text-align: right;">(Divulgar a)</div>
Dirección: _____	Dirección: _____

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

<input type="checkbox"/> Expediente médico completo	<input type="checkbox"/> Resumen de expediente médico de hospital (Historial físico, resumen de Alta, consultas, reports de procedimientos, laboratorios, reports de imágenes, y todos los estudios de diagnósticos)
<input type="checkbox"/> Resultado Individual (favor especificar): _____	
<input type="checkbox"/> Notas de oficina del médico	
<input type="checkbox"/> Filminas/o CD	
<input type="checkbox"/> Estado de Facturación	
<input type="checkbox"/> Otros (favor especificar): _____	

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

<input type="checkbox"/> Notas de oficina de MH	<input type="checkbox"/> Evaluación psicológica
<input type="checkbox"/> Visitas de Control de medicamentos	<input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica
<input type="checkbox"/> Otros (Favor especificar): _____	

**Con el propósito de:**

<input type="checkbox"/> Cuidado médico futuro	<input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> Elegibilidad de Seguro Médico/Beneficios
<input type="checkbox"/> Cambio de médico	<input type="checkbox"/> Investigación legal	<input type="checkbox"/> Consultas de facturación
<input type="checkbox"/> Establecer un plan de pago	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Fechas: _____
Pruebas y resultados VIH:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Fechas: _____
Registros de Psicoterapia o Salud Mental:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Fechas: _____

- Entiendo que el uso/divulgación de estos registros es para mi uso, puede haber un 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 rechazar la firma de esta autorización y la misma 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:
Paciente/Responsable imprimir:	Fecha:
Personal responsable de obtener la firma autorizada:	Fecha:
Localización: (circular): Columbia Center, George Street Center, Gettysburg Center, Hannah Penn Center, Hanover Center, Lebanon Center, Lewisberry Center, <b>Social Services, Nurse-Family Partnership</b>	

**Si el paciente no está 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 requerida.

Paciente es:	<input type="checkbox"/> Menor	<input type="checkbox"/> Incompetente	<input type="checkbox"/> Incapacitado	<input type="checkbox"/> Fallecido
Autorización Legal:	<input type="checkbox"/> Guardian legal	<input type="checkbox"/> Padre en custodia	<input type="checkbox"/> Poder legal de salud	<input type="checkbox"/> Heredero legal del fallecido
			<input type="checkbox"/> Autorización del Representante Legal	

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

<input type="checkbox"/> Copia ofrecida y recibida por la paciente	<input type="checkbox"/> Paciente accederá a través de Portal	<input type="checkbox"/> 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 el acuerdo 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: