



AUTORIZACION PARA EL USO O REVELACION DE INFORMACION SOBRE LA SALUD
(AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE HEALTH INFORMATION)

*** POR FAVOR LEA Y LLENE TODAS LAS SECCIONES ***

Nombre del paciente: _____ Alias/Nombre de soltera: _____

Fecha de nacimiento: _____ 4 últimos dígitos del número de Seguridad Social: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Yo autorizo el uso/ revelación de información sobre mi salud, como describo a continuación:

A ser obtenida de: _____ Obtener de: _____
(Qué hospital/Práctica médica/Servicio) Revelar a: _____
(Diga a qué organización/Práctica médica/A quién)

Dirección: _____ Dirección: _____

Num. de fax: _____ Num. de fax: _____

Compartir la siguiente información de mi expediente médico: Desde: _____ Hasta: _____
(Favor de especificar las fechas de servicio)

Resumen de los expedientes médicos del hospital:
Historial médico y de exámenes físicos, notas de médicos del departamento de emergencias, resumen de altas, reportes de consultas, reportes de operaciones y procedimientos, reportes de radiología, todos los otros estudios de diagnóstico, etc.

Resumen de los expedientes de grupos médicos:
Notas de consultas médicas, reportes sobre consultas, reportes de procedimientos, reportes de patología, reportes de laboratorio, reportes de radiología, todos los otros estudios de diagnóstico, evaluaciones psiquiátricas y psicológicas, notas de progreso sobre la salud mental, etc.

Resultados sobre pruebas diagnósticas (por favor, especifique): _____

Radiología (por favor seleccione un formato): **CD y Reportes** **Radiografía y Reportes** **Reportes Solamente**

Estados de cuenta

Otorgar al siguiente usuario autorizado, _____, **acceso a mi expediente médico electrónico completo.** Esto **NO AUTORIZA** al usuario a divulgar, modificar, ni proporcionar ningún consejo médico oficial en mi nombre.

Otro (Por favor, especifique): _____

Con el propósito de:

Más cuidado médico **Personal** **Beneficios de seguro**
 Investigación legal **Averiguaciones sobre facturación** **Establecer un plan de pago**

Otro (Por favor, especifique): _____

Yo quisiera recibir esta información vía (por favor seleccione una): **Papel** **CD** **Notificación segura por email**

Dirección electrónica (email): _____

- Debo proporcionar una dirección electrónica válida, ya sea la mía propia o la de mi receptor designado.
- Se proveerá una notificación vía email con instrucciones sobre cómo reclamar los expedientes pedidos de un portal seguro. Estos datos estarán disponibles en el formato de documentos PDF por un periodo de 30 días a partir de la fecha de la Notificación sobre su Disponibilidad

Esta autorización incluye la revelación de cualquier expediente identificado más abajo, a menos que yo indique **NO** para divulgar tales expedientes. Marcando o no el encasillado no indica que tal información existe. Los expedientes a **NO** ser revelados son: Aquella relacionada al SIDA/VIH y/o pruebas; Servicios de Salud Mental y/o Conducta; Tratamiento de Drogas y/o Alcohol.



AUTORIZACION PARA EL USO O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Yo entiendo lo siguiente:

- Pueden existir cargos por las copias de mi expediente de salud dado a pasos procesales y regulados envueltos con el proceso de revelación de información. Todos los pagos son regulados por las leyes federales y estatales, y son actualizados anualmente por la Legislatura del Estado de Pennsylvania.
- Puedo rehusar firmar esta autorización y al rehusar firmar no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, pago, inscripción, o mi elegibilidad para beneficios. Bajo esta autorización, yo podré inspeccionar cualquier información usada o revelada.
- La información revelada en virtud de esta autorización, tal vez esté sujeta a volver a revelarse por parte del destinatario y de aquellos que la reciban, y ya no estará protegida bajo los términos de esta autorización. No obstante, cierta información protegida no podrá ser redistribuida de acuerdo a las leyes y regulaciones del estado de Pennsylvania, y/o por las reglas Federales de confidencialidad.
- Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Si yo decido revocar esta autorización, debo presentar una nota de revocación por escrito a la Oficina de Revelación de Información. Entiendo que la revocación no podrá ser aplicada a ninguna información que ya haya sido revelada mientras esta autorización tuvo validéz.
- Este documento autoriza la revelación de información de manejo de caso ingresado a mi expediente médico antes o dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de mi firma. Esta autorización se vencerá en 12 meses a partir de la fecha de mi firma.
- Esta autorización no será aceptada a menos que se haya completado en su totalidad. Una copia de este formulario será aceptada en lugar del original.

Mi firma reconoce que mi representante o yo hemos recibido una copia de este documento, que yo lo he leído y entiendo el contenido de esta autorización, y consiento voluntariamente para la revelación de la información.

Firma del paciente/Representante *

Fecha

Nombre impreso del representante y su relación con el paciente *

Firma del testigo

Fecha

* Un representante personal es la persona, bajo lo que ley que aplique, con autoridad de actuar en nombre del paciente o del fallecido. **Documentación legal puede ser requerida o necesaria.**

ESTA PORCIÓN ES PARA SER COMPLETADA CUANDO EL PACIENTE NO PUEDE FISICAMENTE DAR SU FIRMA POR ESCRITO:

Nosotros, los que aquí firmamos, verificamos que la Autorización que antecede ha sido leída al paciente y que él/ella entiende la naturaleza del permiso y que otorga libremente su consentimiento verbal para la revelación de la mencionada información.

El consentimiento verbal requiere las firmas de dos testigos:

Firma del testigo

Fecha

Firma del testigo

Fecha

POR FAVOR ENVIAR ESTE FORMULARIO POR CORREO O FAX A:

WellSpan Health
Health Information Management – Release of Information
912 South George Street
York, PA 17403

Teléfono: (717) 851-6396
Fax Number: (717) 812-8119

***** IMPORTANTE: Por favor envíe copias de los expediente médicos directamente a las prácticas o a los médicos que la requieran. *****

Pedidos para información sobre la salud y facturas son procesados por:

