



**AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**  
(AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE HEALTH INFORMATION)

**\*\*\* POR FAVOR, LEA Y COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS \*\*\***

*Please use Form #14014 to  
Authorize the Disclosure of Substance Use Disorder Treatment Records*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Aliás/Apellido de soltera: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad/Pueblo Estado Código postal

**Yo autorizo el uso/divulgación de mi información médica como se describe a continuación:**

Para obtener de: \_\_\_\_\_ Informar a: \_\_\_\_\_  
(Qué Hospital/Práctica/Servicio) (Informar a qué organización/práctica/a quién)

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Número de fax.: \_\_\_\_\_ Número de teléfono.: \_\_\_\_\_

Número de fax.: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Compartir la siguiente información de mi historial médico: De: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_  
(Por favor, especifique las fechas de servicio)

☐ **Resumen del historial médico del hospital / o Récorde del grupo médico:**

Historial y examen físico, notas del médico del departamento de emergencias, resumen de la De Alta, informes de consultas, notas de salud mental, Reportes de cirugías y procedimientos, Reportes de laboratorio, reportes de imágenes, y cualquier otro estudio diagnóstico, etc.

☐ **Resultados de las pruebas diagnósticas** (por favor especifique): \_\_\_\_\_

☐ **Imágenes** (Favor, seleccione un formato): ☐ **CD y Reportes** ☐ **Solo Reportes**

☐ **Estados de cuenta**

☐ **Expediente médico completo u otro** (por favor especifique): \_\_\_\_\_

Para el propósito de:

☐ **Atención médica adicional** ☐ **Personal** ☐ **Seguro médico** ☐ **Legal** ☐ **Otro:** \_\_\_\_\_

Deseo que el recipiente indicado en la sección "Revelar a" reciba esta información a través de (seleccione una opción):

☐ **Papel** ☐ **CD** ☐ **Fax** ☐ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

- Se proporcionará una notificación por correo electrónico con instrucciones para obtener los registros solicitados desde un portal seguro. Estos registros solo estarán disponibles como documentos PDF en el portal seguro durante los 30 días siguientes a la fecha de la notificación de disponibilidad por correo electrónico.

Esta autorización incluye la divulgación de los registros identificados a continuación, a menos que marque la opción de NO divulgar dichos registros. Marcar o no la casilla no es un indicador de que dicha información exista. Marque NO para revelar:

☐ **Servicios de Salud Mental**

Yo entiendo que **los expedientes que he seleccionado para ser divulgados pueden contener información sobre el tratamiento y las pruebas relacionadas con la genética, la salud mental, el VIH/SIDA y el trastorno de uso de sustancias** (por ejemplo, de las visitas de atención primaria) y que al firmar esta autorización estoy de acuerdo con la divulgación de dicha información. Yo puedo elegir y tengo derecho a que se me entreguen mis récords directamente para que pueda revisar e inspeccionar los materiales, incluyendo la información sensible que no deseo que se divulgue a un tercero.



# AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

## (AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE HEALTH INFORMATION)

### Yo entiendo lo siguiente:

- **Puede haber cargos por las copias de mi récord médico** debido a los pasos regulados y de procedimiento involucrados con el proceso de liberación de información. Todos los cargos están regulados por la ley estatal y federal y son actualizados anualmente por la Legislatura del estado de Pennsylvania.
- Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, pago, inscripción o mi elegibilidad para los beneficios. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información utilizada/revelada bajo esta autorización.
- La información divulgada en cumplimiento de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del recipiente y ya no estará protegida bajo los términos de esta autorización. Sin embargo, ciertos registros protegidos no pueden volver a ser divulgados según las leyes y reglamentos del estado de Pennsylvania, y/o las normas federales de confidencialidad.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Si decido revocar esta autorización, debo presentar mi revocación por escrito a la Oficina de Manejo de Información Médica - Divulgación de Información Médica. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización.
- Este documento autoriza la divulgación de la información introducida en mi historial médico antes o dentro de los 12 meses siguientes a la fecha de mi firma. Esta autorización expirará en 12 meses a partir de la fecha de la firma.
- Esta autorización no se aceptará si no se completa en su totalidad. Se aceptará una copia de esta forma en lugar del original.

Con mi firma reconozco que mi representante o yo mismo hemos recibido una copia de este documento, que he leído y comprendido el contenido de esta autorización y que doy consentimiento voluntariamente a la divulgación de la información.

Firma del paciente/representante \*

Fecha

Nombre del representante en letra impresa y su relación con el paciente\*

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Testigo en letra impresa

\* Un representante personal es la persona, según la ley aplicable, con autoridad para actuar en nombre del paciente o difunto.  
**Es posible que se requiera documentación legal.**

### En cumplimiento de la Ley de Procedimientos de Salud Mental de Pennsylvania:

ESTA PORCIÓN SERÁ COMPLETADA CUANDO EL PACIENTE/REPRESENTANTE ESTÁ FISICAMENTE INCAPACITADO PARA PROPORCIONAR LA FIRMA:

Nosotros, los abajo firmantes, verificamos que la Autorización de arriba ha sido leída al paciente y que él/ella entiende la naturaleza de la divulgación y da libremente su consentimiento para divulgar la información de arriba.

### Verbal consent requires the signatures of two witnesses:

Signature of Witness

Date

Print Name of Witness

Signature of Witness

Date

Print Name of Witness

### POR FAVOR ENVÍE ESTA FORMA POR CORREO O FAX A:

WellSpan Health

Health Information Management – Release of Information

1135 Edgar Street, Suite 101

York, PA 17403

Número de telefono: (717) 851-6396

Número de Fax: (717) 812-8119

Email: PatientRequests@wellspan.org

**\*\*\* IMPORTANTE: Por favor envíe copias de los récords médicos directamente a la práctica o médico que lo está solicitando. \*\*\***

Las solicitudes de información médica y las facturas son procesadas por: MRO CORPORATION

