



AUTORIZACION A USAR O REVELAR INFORMACION MEDICA
(AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE HEALTH INFORMATION)

*** POR FAVOR LEA Y COMPLETE TODO LOS PUNTOS ***

Nombre del Paciente: _____ Apodo/Apellido de soltera: _____

Fecha de Nac.: _____ Últimos 4 dígitos del seguro social: _____ Número de Tel.: _____

Dirección: _____

Autorizo el uso/revelación de la información de salud acerca de mí como está descrita abajo:

Para obtener de: _____ (Qué Hospital/ Servicio/Oficina) Obtener de: _____
 Divulgar a: _____ (Revelar a que Organización/Practica/a Quien)

Dirección: _____ Dirección: _____

No. de Fax: _____ No. de Fax: _____

Compartir la información siguiente de mi historial médico

De: _____ Para: _____
(Por favor especifique las fechas de Servicio)

Resumen de archivos médicos del hospital:
Historia y examen físico, notas de médicos del departamento de emergencia, resumen de salida, reportes de consultas, reportes de operaciones y Procedimientos, reportes de laboratorios, reporte de imágenes, todos los otros estudios diagnósticos, etc.

Resumen de los archivos del grupo médico:
Notas de la oficina del médico, reportes de las consultas, reportes de procedimientos, reportes de patología, reportes de laboratorios, reportes de imágenes, todos los otros estudios diagnósticos, evaluaciones psiquiátricas y psicológicas, notas de evolución de salud mental, etc.

Resultados de pruebas diagnósticas (favor de especificar): _____

Imágenes (favor de escoger el formato): **CD y Reportes** **Radiografías y reportes** **Sólo reportes**

Sólo estados de cuentas de facturación

Otorgo al siguiente usuario autorizado, _____, **acceso a mi archivo médico electrónico completo.** Esto **NO** autoriza a la persona revelando esta información, el, modificar, o proveer ninguna sugerencia médica oficial de mi parte.

Otro (Por favor, especificar): _____

Para el propósito de:

Cuidado médico adicional **Personal** **Beneficios de seguro**
 Investigación legal **Consultas de facturas** **Establecer plan de pago**
 Otro (Por favor, especificar): _____

Me gustaría recibir esta información vía (favor de escoger una): **Papel** **CD** **Notificación segura por email**

Dirección de correo electrónico: _____

- Yo debo proveer una dirección de electrónica válida, Ya sea la mía o aquella designada por mi beneficiario.
- Se le enviará una notificación por correo electrónico con instrucciones para obtener los archivos solicitados de un portal seguro. Estos archivos solo estarán disponibles en documentos PDF en el portal seguro por 30 días a partir de la fecha de la notificación de disponibilidad vía correo electrónico.

Esta autorización incluye la revelación de cualquier archivo identificado más abajo a menos que yo marque **NO** para revelar tales archivos. Marcando o no el cuadro no es indicador de que la información existe. Marque **NO** a revelar: SIDA/VIH; Información relacionadas y/o pruebas; Servicios de salud de conducta/mental; Tratamiento de drogas y/o alcohol.



AUTORIZACION A USAR O REVELAR INFORMACION MEDICA

Yo entiendo lo siguiente:

- Puede haber cargos por las copias de mi archivo médico debido a pasos de procedimientos y regulaciones envueltos en el proceso de la revelación de información. Todas las tarifas están reguladas por las leyes estatales y federales, y son actualizadas anualmente por la legislación del estado de Pennsylvania.
- Yo puedo negarme a firmar esta autorización y la negación a firmar no afectará mi disponibilidad a obtener tratamiento, pagos, registración o mi elegibilidad para beneficios. Yo puedo revisar o copiar cualquier información usada/revelada bajo esta autorización.
- La información revelada conforme a esta autorización puede ser sujeta a ser revelada de nuevo por el beneficiario y no va a estar protegida bajo los términos de esta autorización. Sin embargo, ciertos archivos protegidos puede que no sean revelados nuevamente por ley y regulaciones de las reglas de confidencialidad del estado de Pennsylvania.
- Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Si yo decido revocar esta autorización, Yo debo presentar mi revocación por escrito a la oficina de manejo-revelación de información médica. Yo entiendo que la revocación no aplicará para la información que ya ha sido revelada en repuesta a esta autorización.
- Este documento autoriza la revelación de información de entrada en mis registros médicos antes o dentro de 12 meses después de la fecha de mi firma, esta autorización vencerá en 12 meses de la fecha de la firma.
- Esta autorización no será aceptada a menos que esté completada en su totalidad. Una copia de este documento será aceptada en lugar del original.

Con mi firma reconozco que mi representante o yo recibimos una copia de este documento. Que he leído y entiendo el contenido de esta autorización, y voluntariamente autorizo la revelación de esta información.

Firma del paciente/Representante *

Fecha

Nombre en letra del representante y relación con el paciente *

Firma del testigo

Fecha

* Un representante personal es la persona que bajo la ley aplicable tiene la autoridad de actuar de parte del paciente o fallecido.
Puede que se requiera documentación legal.

ESTA PORCION VA A SER COMPLETADA CUANDO EL PACIENTE ES FISICAMENTE INCAPAZ DE PROVEER 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 revelación y libremente da su autorización para la revelación de la información de arriba.

El consentimiento verbal requiere la firma de dos testigos:

Firma del testigo

Fecha

Firma del testigo

Fecha

FAVOR DE ENVIAR ESTE DOCUMENTO POR CORREO O FAX

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

Número de tel.: (717) 851-6396
Número de fax: (717) 812-8119

***** IMPORTANTE: Favor de enviar copias de los archivos médicos directamente a la oficina o médico que los está solicitando. *****

Las solicitudes de información médica y facturas son procesadas por:

