

Patient Name: _____
MRN: _____
Date of Birth: _____
Complete above information or attach patient label to each page.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Authorization for Release

Dirección _____
 Teléfono _____ Fax _____ Email _____
 Yo _____ autorizo que mis registros médicos sean divulgados: A mí y a:

Nombre de la persona, doctor, hospital, agencia, u otro (incluya la dirección) _____ Teléfono _____
 Indique razón o motivo _____ Fax _____

ATENCIÓN PACIENTE:

Entiendo y autorizó la divulgación de información con excepción de: _____
 Si esa información está incluida en los registros médicos, con ésta autorización se autoriza la divulgación de información protegida por: La ley de Confidencialidad de Información relacionada con el VIH (información o exámenes de SIDA y VIH), Ley de Procedimientos de Salud Mental (desórdenes psiquiátricos), Ley de Control de abuso de Drogas y Alcohol (tratamientos para drogas/alcohol).

Consentimiento Verbal

La información a divulgar es:

- Reportes de Radiología Reportes de Alta Reportes de Laboratorio Reportes de Patología
- Revisión de Registros Reportes de Cirugías Registros de emergencias/traumas Registro de vacunas
- Historia clínica completa TF/TO Otros _____
- Resumen de registros médicos (H&P, altas, resultados de exámenes de diagnóstico, consultas, reportes, reportes de procedimientos quirúrgicos, reportes de patología, ECG's y exámenes de laboratorio)

Con la(s) fecha(s) de servicio: _____

Quiero recibir esta información en: Papel CD Correo electrónico

Entiendo que:

- Puedo anular esta autorización por escrito en cualquier momento. Sin embargo, no aplicaría a la información que hubiera sido divulgada antes como resultado de esta misma autorización.
- La información divulgada como respuesta a esta autorización, podría ser a su vez divulgada por el recipiente de la misma y de esa manera dejaría de estar protegida bajo los términos de esta autorización.
- Según lo permitido por la ley, tengo el derecho de revisar o copiar la información de salud a ser usada o divulgada.
- Puedo negarme a firmar esta autorización, y mi decisión de ninguna manera afectaría mi habilidad o elegibilidad para obtener tratamientos y recibir mis beneficios (si aplican)
- De acuerdo con la ley de PA sección §42 Pa.C.S. 6152, Lancaster General Health puede recibir compensación por las copias de los registros médicos.
- Esta autorización es válida únicamente por 90 días, a menos que, se especifiquen otros términos, sin exceder 1 año a partir de la fecha en que se firma esta autorización: _____

 Firma del paciente o representante legal (*Signature of Patient or Authorized Representative*) Fecha (Date) Hora (Time)

 Nombre del paciente (*Printed Name of Patient*)

 Firma del testigo (*Signature of Witness*) Fecha (Date) Hora (Time)

 Nombre del testigo (*Printed Name of Witness*)

 Firma del testigo (*Signature of Witness*) Fecha (Date) Hora (Time)

 Nombre del testigo (escriba con letra de molde) (*Printed Name of Witness*)

 Relación con el Paciente (*Relationship to Patient*) Cargo/Departamento (*Title/Department*)

Se verificó identidad con: Licencia de conducir Identificación de Empleado Identificación escolar Otro: _____

- For office use only -

Name of person processing request _____ Number of pages sent _____ Date completed _____

