



PATIENT NAME: _____

DOB: _____

MRN #: _____

OR MUST PLACE FIN LABEL HERE

PATIENT AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS

Penn State Health, administración de información médica, código postal CA700, PO Box 850, Hershey, PA 17033-0850 • Teléfono: 717-531-8055 • Fax: 717-531-5068

I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de expediente médico: _____

Teléfono: (____) _____ Dirección de correo electrónico del paciente: _____

MOTIVO DE LA SOLICITUD: complete el campo del destinatario de abajo en todos los casos:

- Para uso del paciente, incluyendo la atención continua
- Para que Penn State Health envíe información médica o imágenes a otra entidad
- Para pedir que la información médica o las imágenes de este paciente se envíen desde otra entidad a Penn State Health
- Para que un empleado/representante de Penn State Health hable con otra persona o entidad en persona, por teléfono o por otros medios de comunicación

POR ESTE MEDIO, AUTORIZO A _____
(Nombre del empleado autorizado, representante o unidad de trabajo de Penn State Health)

PARA ANALIZAR MI INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA (MARQUE LA OPCIÓN DE ABAJO) CON LA PERSONA, AGENCIA, INSTITUCIÓN U OTRO AUTORIZADO QUE SE INDICA EN LA SECCIÓN II.

- Toda la información médica que el empleado/representante sabe de mí.
- Toda la información médica que el empleado/representante sepa sobre el tratamiento que recibí en Penn State Health.
- Otro (especifique): _____
- Otro: _____

Considere que puede haber gastos asociados a los pedidos de documentos adicionales, además de los que se mencionan en los resúmenes 1-3.
Motivo específico de la solicitud: _____

SELECCIONE DE LAS CASILLAS DE ABAJO CUALQUIER INFORMACIÓN ESPECIFICA QUE QUIERA INCLUIR EN ESTA REVELACIÓN:

- Conductual/salud mental
- Sustancias/alcohol, Consumo/tratamiento
- VIH/sida
- Infecciones de transmisión sexual (STI)

¿DÓNDE RECIBÍ ATENCIÓN MÉDICA? MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA.

Penn State Health:

- Hershey Medical Center
- St Joseph Medical Center
- Pennsylvania Psychiatric Institute
- Holy Spirit Medical Center
- Hampden Medical Center
- Lancaster Medical Center
- Life Lion, LLC
- Ubicación de la clínica _____

II. CAMPO PARA EL DESTINATARIO:

<input type="checkbox"/> RECIBIR INFORMACIÓN DE: _____ <i>(Nombre del paciente, de la persona, agencia, institución u otro)</i> _____ Dirección _____ Ciudad, estado, código postal	<input type="checkbox"/> REVELAR INFORMACIÓN A: _____ <i>(Nombre del paciente, de la persona, agencia, institución u otro)</i> _____ Dirección _____ Ciudad, estado, código postal
--	---

III. FORMATO EN EL QUE QUIERE COMPARTIR O RECIBIR LA INFORMACIÓN DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS:

- Portal del paciente de PSH
- Historia médica en papel
- historia médica en CD
- Otro
- Imágenes de radiología en CD
- Expediente médico por correo electrónico o OneDrive
- Imágenes de Fotofinder en USB encriptado

IV. INFORMACIÓN MÉDICA O IMÁGENES SOLICITADAS:

Dé la información solicitada sobre los tipos de información del expediente médico marcando las casillas y mencionando las fechas de atención abajo:

(Mencione las fechas del servicio aquí) _____





**PATIENT AUTHORIZATION
FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS**

PATIENT NAME: _____
 DOB: _____ MRN #: _____
OR MUST PLACE FIN LABEL HERE

Resumen 1: Expedientes médicos de PACIENTES HOSPITALIZADOS (hasta 2 años):

Da información sobre consultas, resultados de pruebas de diagnóstico, resúmenes del Departamento de Emergencias y del alta, historia médica y física, alergias a medicamentos, lista de medicamentos, lista de problemas, procedimientos, reportes de condiciones y reportes de laboratorio.

Resumen 2: Expedientes médicos de PACIENTES AMBULATORIOS (hasta 2 años):

Da información sobre consultas, resultados de pruebas de diagnóstico, informes del Departamento de Emergencias, historia médica y física, alergias a medicamentos, lista de medicamentos, lista de problemas, procedimientos, reporte de condiciones, carta sobre servicios de consulta ambulatoria, notas de la clínica sobre servicios de consulta ambulatoria y reportes de laboratorio.

Resumen 3: Solo resultados de pruebas de diagnóstico (hasta 2 años):

Por ejemplo, radiología, EEG, EKG y estudios cardiológicos, patológicos y pulmonares.

(especifique el tipo de prueba y la fecha) _____

Otro:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Informes de alta | <input type="checkbox"/> Informes de cartas/notas sobre servicios de consulta ambulatoria |
| <input type="checkbox"/> Informes de historia médica y exámenes físicos | <input type="checkbox"/> Informes de notas de evolución diaria |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informe operativo, informes de procedimiento |
| <input type="checkbox"/> N.º de serie/N.º de identificación del producto para dispositivos implantados | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología (especifique tipo y fecha) |
| <input type="checkbox"/> Imágenes de Fotofinder | |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique el documento y la fecha de los servicios) _____ | |

Registros de salud mental/conductual de hasta 2 años: Evaluación psiquiátrica Resumen del alta Otro: _____

Si tiene alguna pregunta o preocupación, llame a HIM al 717-531-8055

V. FIRMA DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE:

Esta autorización puede revocarse en cualquier momento, excepto en los casos en los que la persona que haga la revelación ya haya actuado en función de ella. Si quiere revocar esta autorización, debe hacerlo escribiendo a la dirección que aparece en la parte superior de este formulario, dirigida al director, al administrador de información médica. Si no la revocó antes, esta autorización finalizará un año después de la fecha de firmada. Su derecho a recibir atención en Penn State Health no se verá afectado si no firma este formulario. Ni nuestro tratamiento ni su pago están condicionados por su firma en este formulario.

Por la presente, eximo al proveedor de dichos expedientes de toda obligación o responsabilidad legal relacionada con la revelación de los expedientes que se mencionan aquí.

Firma del paciente o de su representante _____
Fecha/hora

Relación, si firma una persona que no sea el paciente

Se recibió el consentimiento verbal para revelar información al paciente u otra entidad cubierta.

NO aplica a información o medicamentos relacionados con el VIH e información sobre tratamientos del alcohol
Testifico que el paciente/padre/tutor legal entendió esta autorización y dio libremente su autorización oral (se requieren dos testigos)

Testigo 1 _____
Fecha/hora _____
Testigo 2 _____
Fecha/hora

Información revelada por _____
Fecha/hora

ESTA AUTORIZACIÓN SOLO SE ACEPTARÁ SI SE COMPLETAN TODOS LOS PUNTOS.

Este documento autoriza la revelación de la información de mi expediente médico antes o en un plazo de doce meses después de la fecha de mi firma.

ENVÍE INMEDIATAMENTE ESTE FORMULARIO POR FAX AL ADMINISTRADOR DE INFORMACIÓN MÉDICA AL 717-531-5068.

Nota para el destinatario de la información: Le han revelado la información de un expediente protegido por las leyes de Pensilvania. Las leyes de Pensilvania prohíben la revelación de esta información a un tercero, a menos que explícitamente lo permita, mediante la autorización por escrito, la persona a quien pertenece la información.