

KEYSTONE HEALTH CENTER
CENTRO DE SALUD KEYSTONE

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL / DENTAL RECORD INFORMATION
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE MÉDICO / DENTAL

Nombre del/de la paciente: _____ FDN: _____ Sexo M F
Dirección: _____ Teléfono: _____

PERSONA O ENTIDAD AUTORIZADA PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN:

Dirección: _____ Teléfono: _____
_____ Fax: _____

PERSONA O ENTIDAD AUTORIZADA PARA OBTENER LA INFORMACIÓN:

Dirección: _____ Teléfono: _____
_____ Fax: _____

Información para divulgar/obtener: Expediente médico electrónico (últimos 3 años) Expediente dental (puede cobrarse una tarifa por copias de rayos-X)
O/ Fechas específicas del servicio: De: _____ al: _____ que incluirán lo siguiente:
Información específica solicitada: _____
La copia médica incluye: un resumen de la historia clínica del/de la paciente (*que incluye*), medicamentos, alergias, inmunizaciones y problemas crónicos. Apuntes del consultorio, resultados de análisis y estudios, apuntes de consultas internas y externas y expedientes de médicos anteriores. Es posible que **una copia médica incluya** información de Keystone Family Medicine, Keystone Audiology and Speech, Keystone Internal Medicine, Keystone Women's Care, Keystone Pediatrics, VIH, Keystone Behavioral Health, Keystone Family Planning/Outreach, Crisis, Keystone Urgent Care, Keystone Infectious Disease y Keystone Dental. *** Es posible que la información que utilizamos o divulgamos pueda estar sujeta a la re-divulgación por parte de la persona a la que proporcionamos la información y que ya no esté protegida por las normas federales de privacidad*.**

Formato: Electrónico /USB (una copia sin tarifa) Papel (El Centro de Salud Keystone cobra una tarifa)

Expedientes especiales: Comprendo que la documentación sobre mi diagnóstico o tratamiento para la atención psiquiátrica, drogas/alcohol, SIDA/VIH, abuso sexual/asalto sexual, y salud reproductiva pueda ser divulgada como parte de mi información médica, (**la menos que se marquen las casillas a continuación indicando que quiere excluir esta información. Indicando tal exclusión reduce la cantidad de información que se puede divulgar y posiblemente lo/la pone en riesgo...**)
Información SIDA/VIH Atención/Tratamiento psiquiátrica[o] Tratamiento para drogas/alcohol Consejería sobre abuso/asalto sexual y salud reproductiva
 No, no divulgue No, no divulgue No, no divulgue No, no divulgue
X Iniciales _____ (iniciales tienen que estar presente para divulgar)

Razón para la petición: Intercambio verbal Continuidad de atención medica Traslado del/al consultorio Razones legales _____
 Uso personal Mudanza Descontento(a) con la atención Razones de seguros médicos Otra razón _____

Autorización: Por la presente autorizo a Keystone Health Center que divulgue / obtenga la información médica descrita anteriormente. * Entiendo que puedo revocar dicha autorización en cualquier momento avisando por escrito de mi revocación al Oficial de Confidencialidad del centro.* Entiendo que la revocación no tendrá ningún efecto en las acciones que el consultorio realizó antes de la revocación. Esta autorización es voluntaria. * Entiendo que no habrá ningún efecto en mi tratamiento o el pago por servicios si no firmo esta autorización. *Entiendo que si esta organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud ni un proveedor de atención médica, es posible que la información ya no esté protegida por las regulaciones federales de confidencialidad. * Entiendo que una vez que tome posesión de la copia solicitada, yo tengo la responsabilidad de proteger la Información de Salud Protegida.
*Esta Autorización se vencerá: ____ / ____ / ____ Evento _____ Un año, a menos que se especifique lo contrario.
 Esta autorización se vencerá 90 días después de la fecha de esta solicitud.

Firma del/la paciente o representante personal (Paciente de 14 años de edad o más tiene que firmar) _____ Fecha _____

Relación con el representante personal del/de la paciente _____ Fecha _____

Firma del padre o la madre (o tutor legal) _____ Fecha _____
Staff Initials / Iniciales del empleado _____ Date / Fecha _____