

**Clínica Pediátrica Keystone en la Chambersburg Senior High School**  
Preautorización / Consentimiento para el tratamiento y asignación de beneficios

Información paciente / estudiante

Apellido(s) \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Keystone Health [*Salud Keystone*] requiere una copia firmada de este formulario para proporcionar tratamiento rutinario al / a la estudiante anteriormente identificado/a. Si el/la estudiante anteriormente identificado/a tiene 18 años o más, ha estado encinta, o ha estado casado/a, luego el/la paciente // estudiante puede firmar este formulario por sí mismo/a. En caso contrario, el padre o la madre o guardián tiene que firmar este formulario.

Preautorización / Consentimiento para el tratamiento

Al firmar a continuación, autorizo y doy mi consentimiento para que Keystone Health proporcione tratamiento médico rutinario al / a la paciente // estudiante anteriormente identificado/a en la Clínica Pediátrica Keystone en el Chambersburg Area Senior High School [*La Escuela Secundaria Superior del Área de Chambersburg*]. El tratamiento rutinario incluye exámenes físicos [chequeos físicos], el tratamiento de lesiones y enfermedades, inmunizaciones, pruebas para detectar enfermedades, evaluaciones de problemas de salud mental y evaluaciones de desarrollo, si los proveedores o ayudantes de Keystone Health los juzgan necesarios.

Además, consiento que Keystone y sus entidades relacionadas divulguen la información médica protegida del / de la paciente // estudiante anteriormente identificado/a a otros proveedores de atención médica según sea necesario para el tratamiento y/o la coordinación de cuidado.

Estos consentimientos anteriormente dados están vigentes desde la fecha de mi firma a continuación hasta el fin del año escolar actual, a menos que yo los revoque por escrito a Keystone Health.

Asignación de beneficios

Al firmar a continuación, asigno los beneficios pagables por los servicios de los médicos a Keystone Health, y autorizo a Keystone Health para presentar un reclamo a la aseguradora del / de la paciente // estudiante anteriormente identificado/a. En el caso de que la aseguradora me mande directamente el pago, entregaré tal pago a Keystone Health. Entiendo que soy financieramente responsable a Keystone por los cargos no cubiertos por la autorización. Entiendo que es posible que agencias de fuera incurran en cargos adicionales por rayos X, estudios de laboratorio, y aparatos médicos duraderos. Autorizo a Keystone Health para divulgar tal información del / de la paciente // estudiante anteriormente identificado/a como sea necesario para complementar los reclamos de seguro para servicios proporcionados por Keystone Health.

Aviso de las prácticas de confidencialidad

Verifico que me han proporcionado una copia del "Aviso de las prácticas de confidencialidad" de Keystone Health.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación con el / la estudiante

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre en letra molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

**KEYSTONE HEALTH CLINIC AT CHAMBERSBURG AREA SENIOR HIGH SCHOOL**

**HIPPA/FERPA AUTHORIZATION TO USE OR DISEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION**

**CLÍNICA DE KEYSTONE HEALTH EN CHAMBERSBURG AREA SENIOR HIGH SCHOOL  
AUTORIZACIÓN HIPPA/FERPA PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Nombre paciente/estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Al firmar a continuación, autorizo a:**

Keystone Rural Health Center [*Centro de Salud Rural Keystone*] para que use o divulgue cierta información médica sobre el/la paciente//estudiante anteriormente nombrado/a a Chambersburg Area Senior High School

Chambersburg Area Senior High School para que use o divulgue cierta información médica sobre el/la paciente//estudiante anteriormente nombrado/a a Keystone Rural Health Center.

**El tipo de información que se usará o divulgará es el siguiente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Fechas de tratamiento:** \_\_\_\_\_

**Se usará o divulgar la información para los siguientes fines:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Expedientes especiales:** Los expedientes divulgados por el Keystone Rural Health Center **no incluirán** expedientes de programas para el tratamiento del abuso de drogas y alcohol, tratamientos para la salud mental o información relacionada con el VIH y SIDA **a menos que se marquen las casillas a continuación.** Marcar las casillas no significa que tal información existe.

- Incluir expedientes sobre el tratamiento para drogas y alcohol (protegidos por la Ley de Control del Abuso de Drogas y Alcohol – [Drug & Alcohol Abuse Control Act], 71 P.S. § 1690.108
- Incluir expedientes sobre la salud mental (protegidos por la Ley de Procedimientos de Salud Mental [Mental Health Procedures Act], 50 P.S. § 7111
- Incluir expedientes relacionados con el VIH/SIDA (protegidos por la Ley de Información Confidencial Relacionada con el VIH [Confidentiality of HIV-Related Information Act], 35 P.S. § 7607

1. Esta autorización se vencerá:  Fecha \_\_\_\_\_, o  Evento: \_\_\_\_\_. A menos que se especifique lo contrario, esta autorización se vencerá un año después de la fecha de esta solicitud.
2. Entiendo que tengo el derecho a cambiar o revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito a las partes autorizadas para divulgar información arriba. Entiendo que esta revocación no tendrá ningún efecto en las acciones realizadas antes de la revocación.
3. Esta autorización es por propia voluntad y a petición mía. Entiendo que ni mi tratamiento ni mis pagos por servicios serán afectados si no firmo esta autorización.
4. Entiendo que ni Keystone Rural Health Center ni el Chambersburg Area High School divulgará la información que recibe el uno del otro conforme a este consentimiento/esta autorización sin un consentimiento apropiado anterior/una autorización apropiada anterior. Entiendo que la información proporcionada por el Keystone Rural Health Center a la Chambersburg Area Senior High School formará parte del expediente educacional del estudiante, y es posible que ya no sea protegida bajo HIPAA si se vuelve a divulgar la información.
5. Keystone Rural Health Center mantendrá una copia de esta autorización en el expediente médico del/de la estudiante o del/de la paciente durante seis años. Chambersburg Area High School mantendrá una copia de este consentimiento en el archivo del/de la estudiante o del/de la paciente.
6. **Al firmar a continuación, consiento y autorizo la divulgación de la información médica solicitada, y renuncio la protección de confidencialidad ofrecida por las leyes escritas de Pensilvania para cualquier expediente anteriormente identificado.**

\_\_\_\_\_  
**Firma padre, madre o representante/guardian del/de la paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre representante//guardián del/de la paciente**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el/la paciente**