



AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE HEALTH INFORMATION

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

**Lea y complete todos los puntos

Nombre de paciente: (Nombre) (Segundo nombre) (Apellido(s)) Fecha de nacimiento

Dirección: (Calle) (Ciudad/Estado) (Código postal)

Teléfono de la casa: Teléfono celular:

Autorizo a: [] KEYSTONE HEALTH [SALUD KEYSTONE] (red sanitaria) o: (Escoja una ubicación)
[] Keystone Family Medicine [] Keystone Internal Medicine [] Keystone Pediatrics [] Keystone Women's Care
[] Keystone Behavioral Health [] Keystone Urgent Care [] Keystone Dental [] Keystone Chiropractic
[] Keystone Foot and Ankle [] Keystone Pediatric Developmental Center (OT/Audiology & Speech)
[] Keystone Community Health Services (Infectious Disease & Community Outreach Programs)

Autorizo: [] KEYSTONE HEALTH [SALUD KEYSTONE] (red sanitaria) o: (Escoja una ubicación)
[] Medicina de Familia Keystone [] Medicina Interna Keystone [] Pediatría Keystone [] Cuidado de Mujeres Keystone
[] Salud Mental Keystone [] Atención Urgente Keystone [] Servicios Dentales Keystone [] Quiropráctica Keystone
[] Pie y Tobillo Keystone [] Centro de Desarrollo Pediátrico Keystone (Terapia Ocupacional/Audiología y Habla)
[] Servicios de Salud Comunitarios Keystone (Enfermedades Infecciosas y Programas de Proyección Comunitarios)

para:
[] obtener de: (Organización) Dirección (Teléfono) (Fax)
[] divulgar a: (Organización) Dirección (Phone) (Fax)

la información siguiente de mi expediente médico (especifique un intervalo de fechas)

Fechas de servicios (desde) (hasta)

- [] Expediente Médico Completo (Notas de consultorio médico, informes de consultas externas, informes diagnósticos, resultados de laboratorio e informes hospitalarios de todas las ubicaciones mencionadas anteriormente, durante el período de los últimos 3 años, a no ser que se haya especificado anteriormente)
[] Expediente Dental Completo (Notas de consultorio del dentista, informes de consultas e imágenes de rayos x, durante el período de los últimos 3 años, a no ser que se haya especificado anteriormente)
O: Seleccione elementos
[] Resultados de pruebas diagnósticas (especifique):
[] Estado de facturación detallado [] Notas de consultorio del médico [] Expediente de inmunizaciones
[] Notas de consulta externa [] Informes de hospitalizaciones [] Expedientes de salud mental
[] Otro (Especifique):

Para el propósito de:

- [] Traslado de cuidado [] Continuación de Cuidado [] Por razones de aseguranza [] Intercambio verbal [] Tratamiento
[] Reubicación/Mudanza [] Investigación legal [] Cambio de escuela [] Descontento con el cuidado
[] Otro

¿Cómo se debe proporcionar la información? [] Copia en papel [] Copia electrónico (dispositivo USB/disco compacto)

Método de entrega [] Correo EE.UU. [] Fax [] Recoger en el consultorio

- Entiendo que se pueden cobrar tarifas por las copias en papel de acuerdo con la limitación de las tarifas cobradas a los pacientes y sus representantes personales en virtud de la HIPAA [siglas en inglés de Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos] y las limitaciones de las tarifas para otros en virtud de la Ley de Pensilvania. {55 Pa Código §5100.34}. Se permite una tarifa fija de \$6.50 por solicitud de formato electrónico según el HITECH ACT [ACTA HITECH].

- Entiendo que la información en mi historial médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre los servicios de salud mental y el tratamiento del abuso de alcohol o drogas.

Las leyes estatales y federales protegen la siguiente información. Si esta información le corresponde a usted, indique que desea que se divulgue / obtenga esta información (incluya fechas cuando corresponda).

Tratamiento para drogas y alcohol Sí No Fechas: _____

Tratamiento para salud mental Sí No Fechas: _____

VIH/SIDA Sí No Fechas: _____

Abuso sexual/Tratamiento mediante consejería Sí No Fechas: _____
sobre asalto

Salud reproductiva/Tratamiento para las Sí No Fechas: _____
enfermedades transmitidas sexualmente

- Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla y mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o pago o mi elegibilidad para recibir beneficios. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información utilizada / divulgada bajo esta autorización.
- Entiendo que la información divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida bajo los términos de esta autorización.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito a Keystone Health Center [Centro de Salud Keystone]. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha publicado en respuesta a esta autorización.
- Entiendo que esta autorización caducará: un (1) año a partir de la fecha de este formulario, a menos que el/la paciente especifique lo contrario o el/la paciente lo rescinda por escrito. Especifique la fecha (menos de un año) ____ / ____ / ____.
- Entiendo que esta autorización no será aceptada a menos que se complete en su totalidad. Se aceptará una copia de este formulario en lugar de un original.
- Entiendo que, si soy menor de edad, menor de 18 años, y he dado mi consentimiento para que los servicios de salud involucren *pruebas de salud reproductiva / pruebas para detectar enfermedades de transmisión sexual*, drogas y alcohol o tratamiento de salud mental, se requiere mi firma para cualquier divulgación de dicha información.

Mi firma reconoce que se nos ha ofrecido una copia de este documento a mi representante o a mí, o la hemos recibido, y he leído y entiendo el contenido de esta autorización, y voluntariamente consiento la divulgación de información.

Firma de paciente o representante personal

Fecha

Relación del representante personal

Si el/la paciente es incapaz de firmar, complete lo siguiente:

Si es firmada por una persona que no sea el/la paciente, escoja la relación. ***Es posible que se exija documentación legal.***

Paciente: Es menor Es Incompetente Es discapacitado/a Está muerto/a

Autoridad legal: Tutor [Guardián] legal Padre/Madre con custodia POA [Poder legal] Representante legal
 Albacea del patrimonio

AUTORIZACIÓN VERBAL: Se debe completar esta porción cuando un/a paciente no puede dar su consentimiento por escrito.

Nosotros, los abajo firmantes, verificamos que se ha leído la autorización anterior al / a la cliente y que él / ella haya indicado que comprende la naturaleza de la autorización y que libremente da su consentimiento verbal para la divulgación de la información anterior.

Firma de la persona responsable (testigo)

Fecha

Firma de la persona responsable (testigo)

Fecha

Envíe este formulario y expedientes por correo o por fax a:

Keystone Health-Attn HIM Department
111 Chambers Hill Drive, Suite 200
Chambersburg, PA 17201
Phone Number: (717)709-7960
Fax Number: (717) 217-1937
Email: khc-him@keystonehealth.org

*****-DISPOSITION OF RELEASE ----- OFFICE USE ONLY -*****

Faxed: _____ Mailed: _____ Patient pick-up: _____ Staff Initials _____ Date _____