



**AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE HEALTH INFORMATION**  
**AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD**

\*\*\*LEA Y COMPLETE TODOS LOS ÍTEMS\*\*\*

Nombre paciente: \_\_\_\_\_ Alias/nombre de soltera: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ 4 últimos dígitos del número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

**Autorizo el uso/la divulgación de información médica sobre mí tal como se describe a continuación:**

Para obtener de: \_\_\_\_\_ Divulgar a: \_\_\_\_\_  
 (Consultorio/Servicio/Organización) (Consultorio/Servicio/Organización)  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Fax : \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Descripción de la información que se divulgará:**

**Fechas de tratamiento:** De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_  
 (Especifique la fecha de servicio)

**Abstracto de expedientes médicos para las fechas de servicio especificadas arriba:** (especifique el rango de fechas arriba  
 Notas del médico/de la médica, psiquiátricas, del progreso de terapia, informes de consulta, informes de patología, informes de laboratorio, informes de imagenería, otros estudios diagnósticos, resumen del alta médica, informes del Departamento de Emergencias, y expediente de inmunizaciones.

- O:**
- Resultados de laboratorio  Declaración de facturación  Expediente de inmunizaciones  Notas de progreso del médico
  - Notas de consulta  Imagenaría  Informes hospitalarios
  - Lista de medicamentos/problemas  Expedientes dentales \_\_\_\_\_
  - Otro \_\_\_\_\_

**Salud mental de paciente externo/Expedientes de abuso de sustancias**

- Notas de progreso de terapia  Notas de progreso psiquiátrico  Evaluación psiquiátrica  Notas del tratamiento del abuso de sustancias

**Para el propósito de:**

- Continuidad de cuidados  Traslado de cuidados  Beneficios de seguro  Investigación legal  Preguntas sobre facturación
- Cambio de escuela  Mudanza  Empleador  Comunicación verbal
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**Como proporcionar la información: Método de entrega**  Copia de papel  Copia electrónica (disco compacto [CD] o unidad flash)  Fax  Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN ESPECIAL:** Entiendo que es posible que mis expedientes médicos contengan información sobre el abuso de alcohol / drogas, información genética, información sobre el virus de inmunidad humana / síndrome de inmunodeficiencia adquirida y / o información sobre la salud mental, información sobre el abuso físico.

Esta Autorización incluye la divulgación de cualquier expediente identificado a continuación, a menos que marque **NO DIVULGAR** dichos expedientes. Marcar o no marcar la casilla no indica que tal información exista. Expedientes que **NO SE DEBE DIVULGAR:**  Información y / o pruebas relacionadas con el SIDA / VIH;  Servicios de salud mental y del comportamiento;  Tratamiento de drogas y / o alcohol  Abuso sexual, abuso infantil, abuso de ancianos.  
 Información genética (incluidos los resultados de las pruebas genéticas)

\_\_\_\_\_ **Iniciales del/de la paciente** (requeridaas)

**AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD**

**Entiendo lo siguiente:**

- Es posible que haya cargos por las copias de mi expediente médico debido a los pasos procesales y regulados relacionados con el proceso de divulgación de información. Todas las tarifas están reguladas por las leyes estatales y federales, y la Legislatura del Estado de Pensilvania las actualiza anualmente.
- Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago, inscripción o mi elegibilidad para los beneficios. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información usada / divulgada bajo esta autorización.
- La información divulgada conforme a esta autorización pueda estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no será protegida bajo los términos de esta autorización. Sin embargo, No se puede volver a divulgar ciertos expedientes protegidos según las leyes y regulaciones estatales de Pennsylvania y / o las reglas federales de confidencialidad.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Si decido revocar esta autorización, debo presentar mi revocación por escrito a la *Health Information Management – Release of Information Office* [Oficina de Gestión de información Sanitaria - Divulgación de Información]. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización.
- Este documento autoriza la divulgación de la información ingresada en mi expediente médico antes o dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de mi firma. Esta autorización vencerá en 12 meses a partir de la fecha de la firma.
- No se aceptará esta autorización a menos que se la complete en su totalidad. Se aceptará una copia de este formulario en lugar del original.
- Entiendo que si soy menor de edad, menor de 18 años y he dado mi consentimiento para recibir servicios de salud que involucran tratamientos reproductivos, tratamientos de drogas y alcohol o de salud mental, se requiere mi firma para cualquier divulgación de dicha información.

Mi firma reconoce que yo o mi representante hemos recibido una copia de este documento, que he leído y comprendido el contenido de esta autorización, y consiento voluntariamente en la divulgación de la información.

Firma paciente (Se requiere la firma de un menor (edades [14-17] para los expedientes siguientes:  
Información relacionada con el VIH, tratamiento sexualmente relacionado, atención de salud mental, tratamiento del abuso de sustancias

Fecha

Firma padre o madre / Tutor legal, o Representante autorizado

Fecha

\* Un representante personal es la persona, según la ley correspondiente, con autoridad para actuar en nombre del paciente/de la paciente o fallecido/a. **Es posible que se requiera documentación legal.**

**Si el/la paciente no puede dar su consentimiento o es menor de edad, complete lo siguiente:**

Si está firmado por una persona que no sea el paciente, seleccione la relación. **Es posible que se requiera documentación legal.**

Paciente es:  Menor  Incompetente  Discapacitado/a  Fallecido/a

**Autoridad legal:**  Tutor legal  Padre con custodia  Poder  Representante personal  Albacea testamentario

**SE DEBE COMPLETAR ESTA PARTE CUANDO UN/A PACIENTE FÍSICAMENTE NO PUEDE PROPORCIONAR UNA FIRMA:**

Nosotros, los abajo firmantes, verificamos que la autorización anterior ha sido leída al paciente y que comprenda la naturaleza de la divulgación y libremente da su consentimiento verbal para la divulgación de la información anterior.

**El consentimiento verbal requiere las firmas de dos testigos:**

\_\_\_\_\_  
Firma testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

Enviar a: Keystone Health  
HIM- Release of Information 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

3/11/21 ksw Spanish Version 3/23/21

\*\*\*\*\*Office Use Only\*\*\*\*\*

Received by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Site: \_\_\_\_\_

Completed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_