



Zona para etiqueta

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido)		Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad/Estado/Código postal	Número de teléfono
Solicito mi Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) de <input type="checkbox"/> Todas las ubicaciones de Penn Medicine <input type="checkbox"/> Hospital de la Universidad de Pennsylvania <input type="checkbox"/> Penn Centro Médico <input type="checkbox"/> Hospital de Pensilvania <input type="checkbox"/> Penn Medicine en casa <input type="checkbox"/> Hospital del condado de Chester <input type="checkbox"/> Salud General de Lancaster <input type="checkbox"/> Salud Penn Medicine <input type="checkbox"/> Princeton <input type="checkbox"/> Servicios de Prácticas Clínicas de la Universidad de Pensilvania (CPUP, por sus siglas en inglés)/Asociados Clínicos de Salud (CCA, por sus siglas en inglés) para pacientes ambulatorios _____ <input type="checkbox"/> Otro _____		
Solicito que se divulgue mi información médica protegida a: Nombre de la persona /entidad: _____ Fax: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____		
Cubre los períodos de atención (enumere las fechas de tratamiento aplicables): _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____		
Autorizo que se divulgue la siguiente información médica protegida de mis registros médicos: <input type="checkbox"/> Informe de alta <input type="checkbox"/> Informe de operación <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informe radiológico <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología <input type="checkbox"/> Instrucciones de alta <input type="checkbox"/> Registro de emergencias <input type="checkbox"/> EKG/ECG/Pruebas cardíacas <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico <input type="checkbox"/> Notas de la clínica/ <input type="checkbox"/> Registro detallado de facturación <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Registros de medicamentos <input type="checkbox"/> Resumen (documentos importantes) <input type="checkbox"/> Progreso <input type="checkbox"/> Otras instrucciones: _____		
Consultas de salud conductual. Autorizo la divulgación de información de mis consultas de salud conductual marcando "Sí" aquí y firmando a continuación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Consultas de Trastorno por Uso de Sustancias (SUD, por sus siglas en inglés). Autorizo la divulgación de información de mis consultas por SUD marcando "Sí" aquí y firmando a continuación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aparte de la información sobre la salud conductual y consultas por SUD descrita anteriormente, entiendo que los registros que he seleccionado para que se divulguen pueden contener información sobre tratamiento y pruebas con respecto a la genética, la salud conductual, el VIH/SIDA y el trastorno por uso de sustancias (por ejemplo, consultas de atención médica primaria) y que, al firmar esta autorización, estoy de acuerdo con la divulgación de dicha información. Puedo elegir y tener derecho a que se me entreguen mis registros directamente para poder revisar e inspeccionar los materiales, incluida la información confidencial que no deseo que se divulgue a un tercero.		
Finalidad de solicitar información: <input type="checkbox"/> Seguro legal <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Continuación de la atención <input type="checkbox"/> Otro: _____ Método de entrega: <input type="checkbox"/> Correo de EE.UU. (papel) <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> E-mail, se aplican límites de tamaño de archivo; si se solicita, proporcione la dirección de e-mail: _____ <i>Importante:</i> los CD/discos de imágenes no están encriptados y es posible que otras personas puedan acceder a ellos. El e-mail generalmente no es seguro y, a menudo, es enviado a la dirección incorrecta. Acepto estos riesgos.		
AUTORIZACIÓN Mi autorización vencerá automáticamente ciento ochenta (180) días después de la fecha de la firma. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito, y la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado. La		



información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a que el destinatario vuelva a divulgarla, y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales y/o estatales pertinentes. Mi negativa a firmar esta autorización no afectará mi capacidad para recibir tratamiento. Al firmar este formulario, comprendo que autorizo a Penn Medicine a divulgar información como se describe anteriormente.

Firma del paciente o representante personal Nombre en mayúsculas Fecha Hora

Relación del representante personal con el paciente Nombre en mayúsculas Fecha Hora

Si la autorización está firmada por otra persona que no sea el paciente, indique el motivo: _____

Si se divulga información sobre consultas de salud conductual, según lo autorizado anteriormente, se requiere la firma del representante del hospital que valida la autorización.

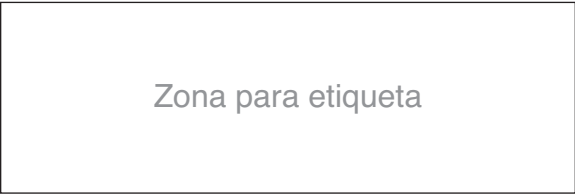
Firma del representante del hospital Nombre en mayúsculas Fecha Hora

Firma del segundo testigo para el consentimiento verbal Nombre en mayúsculas Fecha Hora

POR FAVOR LEA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES EN EL REVERSO



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA



Instrucciones para llenar la Autorización para la Divulgación de Información Médica

1. Lea atentamente y llene todas las secciones de la Autorización para la Divulgación de Información Médica.
2. El paciente o representante legalmente autorizado debe firmar y fechar el formulario. Generalmente, solo un paciente puede autorizar la divulgación de su información médica.

Las excepciones a la regla son las siguientes:

- a. Autorización de menores: si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), la autorización debe estar firmada por un padre o tutor legal.
- b. Menores emancipados: un menor emancipado es un menor que está o ha estado casado, está o ha estado embarazada o se graduó de la escuela secundaria. Los menores emancipados pueden autorizar la divulgación de su información médica.
- c. Un menor que haya sido diagnosticado con una enfermedad venérea, un problema de uso de sustancias o que recibió tratamiento para determinar el embarazo puede dar su consentimiento para el tratamiento de esa enfermedad o afección, y puede autorizar la divulgación de cualquier información médica relacionada con esa enfermedad o afección.
- d. Autorización después de la muerte: la autorización debe estar firmada por el patrimonio del difunto o, en ausencia de un albacea, el pariente más cercano responsable de la disposición de los restos puede autorizar la divulgación de información médica.
- e. Autorización del paciente incompetente: si el paciente se considera incompetente, el representante legalmente autorizado del paciente debe firmar la autorización para la divulgación de información.
- f. Firma del personal: el requisito de que el personal obtenga la firma se aplica solo a la divulgación de información de atención para la salud conductual, según lo autorizado específicamente por el paciente. El hospital o el personal de administración de registros que obtenga esta autorización del paciente o representante legalmente autorizado (ya sea por escrito como testigo o por confirmación verbal del formulario escrito) debe firmar, escribir el nombre en mayúsculas, la fecha y la hora del formulario. Se requiere que un segundo testigo firme si el paciente/representante del paciente da su consentimiento verbalmente. Por favor solicite al testigo que firme, escriba su nombre en mayúsculas e incluya la fecha y la hora.

Penn Medicine se reserva el derecho de solicitar prueba de representación.

Cualquier solicitud de visita ambulatoria/al consultorio debe dirigirse al consultorio del médico individual.

La dirección para enviar las solicitudes de registro de pacientes hospitalizados al Departamento de Emergencias y a la Unidad de Procedimientos Ambulatorios/ Procedimientos Cortos es:

Hospital of the University of Pennsylvania (HUP)
3400 Spruce Street
Medical Records Department
1st Floor Founders
Philadelphia, PA 19104

Penn Presbyterian Medical Center (PPMC)
51 North 39th Street
Medical Records Department
Myrin Basement
Philadelphia, PA 19104

Pennsylvania Hospital (PAH)
800 Spruce Street
Medical Records Department
1st Floor Preston
Philadelphia, PA 19107

Chester County Hospital (CCH)
701 East Marshall Street
Medical Records Department
West Chester, PA 19380

Lancaster General Health (LGH)
555 N. Duke Street, 1st Floor
Medical Records Department
Lancaster, PA 17604

Penn Medicine Princeton Health (PMPH)
One Plainsboro Road
Medical Records Department
Plainsboro, NJ 08536

Tenga en cuenta que:

1. Penn Medicine cobrará por copiar los registros, de acuerdo con las leyes de Pensilvania, Nueva Jersey y Delaware, según corresponda. El costo del paciente por las imágenes e informes de radiología será gratuito.
2. Penn Medicine no enviará información médica por fax, a menos que la información sea necesaria para el cuidado del paciente y la demora en la transmisión de la información comprometa el cuidado del paciente.
3. Penn Medicine hará los esfuerzos razonables para cumplir con esta solicitud dentro de los treinta (30) días para la información que se mantiene o es accesible en el sitio, y dentro de los sesenta (60) días para la información que no se mantiene en el sitio. Si Penn Medicine no puede cumplir con esta solicitud dentro de los periodos de tiempo especificados, puede extender el plazo correspondiente hasta treinta (30) días notificándolo por escrito.
4. Penn Medicine puede denegar esta solicitud en circunstancias limitadas, según lo dispuesto por la ley federal. Penn Medicine le



PLEASE READ THE FOLLOWING INSTRUCTIONS ON REVERSE

notificará si rechaza su solicitud para acceder u obtener una copia de la información solicitada. Si Penn Medicine rechaza esta solicitud, es posible que tenga derecho a que un profesional de la salud autorizado revise la denegación de su solicitud. Para solicitar dicha revisión, comuníquese con el Director de Privacidad de Penn Medicine en la siguiente dirección: Office of Audit, Compliance and Privacy, 3819 Chestnut Street, Suite 214, Philadelphia, PA 19104.

5. Los registros publicados pueden contener información e imágenes creadas y preparadas por terceros que no están bajo el control de Penn Medicine. Penn Medicine no es responsable del contenido, la precisión o la revisión de dichos registros.
6. **Los destinatarios de información sobre salud mental o VIH/SIDA no pueden volver a divulgar esa información, a menos que cuenten con el consentimiento por escrito del paciente o según lo permita la ley. La regulación federal 42 CFR Parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de registros de trastornos por uso de sustancias.**