

CENTRO DE SALUD COMUNITARIO SHARON  
94 W. CONNELLY BLVD.  
Sharon, Pensilvania 16146

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Por la presente autorizo a \_\_\_\_\_ a divulgar información del registro de  
: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ como se  
describe a continuación a: Nombre/Dirección/Número de teléfono de la instalación y/o persona:

Los registros se solicitan con el propósito de: \_\_\_\_\_

**Las partes 1 y 2 deben completarse para identificar adecuadamente los registros que se publicarán .**

1. Tipo de registros que se publicarán y fecha(s) aproximada(s) de servicio (marque todas las que correspondan):

Paciente internado; Fechas: \_\_\_\_\_  Sala de emergencias; Fechas:

Paciente ambulatorio; Fechas: \_\_\_\_\_  Consultorio médico/clínica; Fechas:

2. Información específica que se divulgará (marque todas las que correspondan );

Informes de consulta  Historial médico y examen físico  Informe operatorio

Resumen del alta  Registros de administración de medicamentos  Informe de patología

Pruebas de diagnóstico  Órdenes médicas  Informe del departamento de emergencias

Informe de ECG  Notas de progreso  Instrucciones de alta

Evaluación psiquiátrica/psicológica  Otro (especificar) \_\_\_\_\_

La información sobre VIH, salud mental, drogas y alcohol contenida en las partes de los registros indicadas anteriormente se divulgará mediante esta autorización a menos que se indique lo contrario. **No divulgar:**  VIH  Salud mental  Drogas y alcohol

Entiendo que esta Autorización es efectiva por un período de 90 días a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario a continuación. Ningún período de tiempo puede exceder un año a partir de la fecha de la firma. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a la entidad/persona que autorice anteriormente para divulgar la información. **Consulte la página dos de este formulario para conocer los derechos y responsabilidades adicionales del paciente.** Si corresponde, especifique otra fecha/evento de vencimiento aquí : \_  
\_\_\_\_\_.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Firma del paciente (14 años de edad o más pueden autorizar la divulgación de información de salud mental para pacientes internados o 18 años o más para información de salud mental para pacientes ambulatorios. Un menor puede autorizar la divulgación de información sobre tratamiento D&A)

\*Firma del padre o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\* Relación y autoridad del representante autorizado para actuar en nombre del paciente :

\_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN ORAL (para personas físicamente incapaces de firmar)**

No aplicable a información sobre tratamiento de VIH o drogas y alcohol

Testifico que el paciente comprendió la naturaleza de esta autorización y dio libremente su autorización oral.

**Se requieren dos testigos**

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo # 1

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo # 2

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES ADICIONALES DEL PACIENTE**

- Una declaración de divulgación, como lo exige la ley, acompañará todos los registros publicados.
- La divulgación de mis registros se realizará para el propósito indicado en este formulario. Solo se divulgarán los elementos marcados o enumerados.
- Aunque la ley aplicable puede prohibir la divulgación de estos registros, comprendo que es posible que la instalación o la persona que recibe el registro pueda volver a divulgar la información, por lo tanto (1) SCHC y su personal/empleados no tienen ninguna responsabilidad u obligación como resultado de cualquier divulgación y (2) dicha información ya no estaría protegida por la Regla de privacidad.
- Mi decisión de revocar la Autorización no se aplica a ninguna divulgación de mis registros que pueda haber tenido lugar antes de la fecha de mi revocación de la Autorización.
- Mi decisión de revocar la Autorización puede resultar en que mi compañía de seguros no pueda pagar mi tratamiento médico y comprendo que puedo ser responsable del pago del reclamo.
- SCHC no puede exigirme que firme la Autorización para recibir tratamiento
- De acuerdo con el Código 4Pa 244.4 (b), la información sobre el tratamiento de drogas y alcohol que se divulgará a jueces, oficiales de libertad condicional o libertad bajo palabra, compañías de seguros, planes de salud u hospitalarios o funcionarios gubernamentales se limitará a lo siguiente: (1) Si el cliente está o no en tratamiento; (2) El pronóstico del cliente; (3) La naturaleza del programa; (4) Una breve descripción del progreso del cliente; (5) Una breve declaración sobre si el cliente ha recaído en el abuso de drogas y alcohol y la frecuencia de dicha recaída.
- Tengo derecho a una copia de este formulario de autorización completo.

**Se debe proporcionar una copia de la autorización a los pacientes cuando la autorización la inicia SCHC y para todos los pacientes en tratamiento de drogas y alcohol.**

**Copia de autorización proporcionada al paciente**

**Copia de autorización rechazada por el paciente**

.....  
Uso exclusivo del personal y copias

Firma del personal: \_\_\_\_\_ Nombre impreso del personal: \_\_\_\_\_

Registros publicados por: \_\_\_\_\_ Fecha de publicación: \_\_\_\_\_

Tarifa \$ \_\_\_\_\_

Sin tarifa