



2 5 9

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Sección 1: Información del paciente ****Para procesar a tiempo; por favor, escriba claramente en letra de MOLDE****

NOMBRE DEL PACIENTE		SEGURO SOCIAL (últimos 4 dígitos) XXX-XX-_____	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
			TELÉFONO #

Sección 2: Centro (s) de asistencia médica

Hospital / ASC	<input type="checkbox"/> 17th & Chew <input type="checkbox"/> Carbon <input type="checkbox"/> Cedar Crest <input type="checkbox"/> Dickson City <input type="checkbox"/> Gilbertsville <input type="checkbox"/> Hazleton <input type="checkbox"/> Hecktown Oaks <input type="checkbox"/> Macungie <input type="checkbox"/> Muhlenberg <input type="checkbox"/> Pocono <input type="checkbox"/> Schuylkill <input type="checkbox"/> Highland Ave (FKA Coordinated Bethlehem) <input type="checkbox"/> 1503 N. Cedar Crest (FKA Coordinated Allentown) <input type="checkbox"/> Centro de Cirugía Ambulatoria (Por favor, especifique): _____ Departamento de consultas ambulatoria del hospital (Por favor, especifique): _____
	<input type="checkbox"/> Lehigh Valley Physician Group <input type="checkbox"/> Valley Health Partners Nombre del consultorio (s) o proveedor(es) Dirección Ciudad/Estado Teléfono

Sección 3: Enviar expediente médicos a (¿A dónde desea que enviemos su expediente médico?)

Doy mi consentimiento y autorizo la divulgación de la información incluida en mi expediente médico procedente de los centros u hospitales mencionados previamente a

Nombre del médico/hospital/persona/otro/usuario
Dirección: Fax #:
Con el propósito de: <input type="checkbox"/> Continuar el cuidado médico <input type="checkbox"/> Seguro Social/Incapacidad <input type="checkbox"/> Seguro médico <input type="checkbox"/> Cuidador no profesional <input type="checkbox"/> Propósitos legales <input type="checkbox"/> Uso Personal <input type="checkbox"/> Otros: _____

La información divulgada en conformidad a esta autorización puede ser sometida a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por la norma federal de privacidad HIPAA u otras leyes de confidencialidad.

Sección 4: Método para enviar los expedientes médicos (¿Cómo desea que le enviemos su expediente médico?)

<input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro: _____
<input type="checkbox"/> Fax: _____
<input type="checkbox"/> Dirección postal: _____

Sección 5: Fechas específicas del servicio e información a divulgar

La información que se divulgará abarcará el periodo transcurrido desde _____ hasta _____ (No puede ser una fecha futura)		
<input type="checkbox"/> Resumen del expediente médico* <input type="checkbox"/> Instrucciones de alta (AVS) <input type="checkbox"/> Expediente de la sala de emergencia <input type="checkbox"/> Notas del consultorio/citas <input type="checkbox"/> Inmunizaciones <input type="checkbox"/> Historial médico y examen físico (H&P) <input type="checkbox"/> Expediente médico completo <input type="checkbox"/> Informes de operaciones _____ <input type="checkbox"/> Otros _____	<input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Informes de consulta <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio <input type="checkbox"/> Radiografías/otros informes de imágenes <input type="checkbox"/> EKG, EEG, Pruebas de esfuerzo <input type="checkbox"/> Fotografías <input type="checkbox"/> Órdenes médicas <input type="checkbox"/> Notas de los terapeutas (PT/OT)	<input type="checkbox"/> Radiología / Imágenes en CD (Nota: La solicitud puede ser completada por otro departamento.)
<input type="checkbox"/> Excepción: No doy permiso para divulgar: _____		

*El resumen del expediente suele incluir documentos clave, como historial médico y examen físico, informes quirúrgicos, resúmenes de altas, consultas, lista de problemas, lista de medicamentos, resultados de las pruebas recientes y consultas que habitualmente se le proveen a los médicos para continuar con el cuidado médico. Por lo general, incluye los dos últimos años de su expediente médico.

Sección 6: Autorización especial para expedientes de paciente con VIH, salud mental, alcoholismo y drogadicción

Entiendo que la información en respuesta a esta solicitud puede estar relacionada con el diagnóstico o tratamiento del SIDA/VIH, Atención y Tratamiento Psiquiátrico y/o Tratamiento por el Uso Indebido de Drogas/Alcohol. Por favor, escriba sus iniciales para indicar que entiende y autoriza la divulgación de este expediente médico.

Expedientes de diagnóstico y/o tratamiento del SIDA/VIH (Ley de AP 148) No, no divulgar

Sí, puede divulgar - Iniciales: _____

Expedientes de atención y tratamiento psiquiátrico (Ley de procedimiento de salud mental de la AP) No, no divulgar

Sí, puede divulgar - Iniciales: _____

Registros de tratamiento del abuso de drogas/alcohol (42 CFR Parte II) No, no divulgar

Sí, puede divulgar - Iniciales: _____

Sección 7: Firmas de autorización

Esta autorización sólo es válida durante 6 meses a partir de la fecha en que se firme la presente solicitud. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a este centro. Entiendo que la información genética puede ser divulgada como parte de mi información de salud. Si esta solicitud para enviar los expedientes médicos ya ha sido completada, la autorización permanecerá en los archivos. Además, con el fin de procesar esta solicitud de las copias de información de los expedientes médicos de forma oportuna, la Lehigh Valley Health Network puede contratar un servicio de copias de expedientes médicos, y doy mi autorización para divulgar la información de mis expedientes médicos a dicho servicio para este propósito. Tengo derecho a solicitar una copia de esta autorización. Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

No se aceptarán firmas electrónicas

Firma del Paciente _____ Fecha de la Firma _____

Nombre en letra de Molde _____

Firma de Representante Autorizado: _____ Fecha de la Firma _____

Nombre en letra de molde del Representante Autorizado: _____

Relación: Padre/madre o tutor legal Poder notarial Pariente más cercano del fallecido Ejecutor testamentario (Albacea)

Expedientes de pacientes fallecidos: Debe proporcionar una copia de la Carta de Administración del tribunal que nombra al representante personal. Si no se dispone de ella, facilítese una copia del certificado de defunción en el que se nombre al informante o a los familiares más cercanos (código PA 115.29)

Sólo para completar por el PERSONAL de Salud Conductual	SÓLO PARA EL PERSONAL DE SALUD CONDUCTUAL: Nombre del personal que obtuvo el consentimiento: _____ Firma del personal: _____ Fecha: _____ El paciente ha dado su consentimiento para la divulgación de su información médica protegida y no puede proporcionar físicamente su firma: Firma del personal (testigo) #1 _____ Fecha _____ Firma del personal (testigo) #2 _____ Fecha _____
--	--

Los centros de salud están autorizados conforme a las regulaciones estatal y gubernamental de Pensilvania a cobrar por estas copias de los expedientes médicos y los cargos pueden estar asociados a esta solicitud. Los solicitantes pueden ser notificados por adelantado sobre la cantidad a pagar por la solicitud y los registros serán enviados una vez recibido el pago.

Sección 8: Información de contacto - Dirección/Fax/Email/Teléfono

Envíe esta autorización completada con cualquier documentación legal apropiada, si corresponde, a una o más de los siguientes lugares, según el lugar donde el paciente recibió atención médica:

Nombre del centro:	Correo postal	Fax	Correo electrónico	Teléfono
Lehigh Valley Hospital (Cedar Crest, Muhlenberg, 17th & Chew, Hecktown Oaks, Carbon, Highland Ave, 1503 N. Cedar Crest, Macungie)	LVH-HIM Dept Cedar Crest Blvd. & I-78 PO Box 689 Allentown, PA 18105-1556	610-402-5823	ROI Mack@lvhn.org	610-402-8240
Lehigh Valley Hospital-Hazleton	LVH-H HIM Dept 700 E. Broad St. Hazleton, PA 18201	570-501-4930	ROI Hazleton@lvhn.org	570-501-4131
Lehigh Valley Hospital-Pocono	LVH-P HIM Dept 206 E. Brown St. East Stroudsburg, PA 18301-3006	570-476-3709	ROI Pocono@lvhn.org	570-476-3388
Lehigh Valley Hospital - Schuylkill	LVH-S HIM Dept 700 E. Norwegian St. Pottsville, PA 17901-2710	570-621-4719	ROI Schuylkill@lvhn.org	570-621-4562
Lehigh Valley Hospital - Dickson City	LVH-DC HIM Dept PO Box 4000 Allentown, PA 18103	610-841-5834	ROI Dickson@lvhn.org	484-884-8557
Prácticas/proveedores de LVPG y VHP	Envíe su autoización completa al consultorio de su médico. Para obtener una lista de proveedores y centros de LVPG, vaya a www.lvhn.org y seleccione Find a Doctor (<i>Encontrar un médico</i>).			