St Luke's Penn Foundation
MENTAL HEALTH SERVICES

☐ St. Luke's Psychiatric Associates – Bethlehem
☐ St. Luke's Psychiatric Associates – Lehighton
☐ St. Luke's Walk-In Center – Lehighton
☐ St. Luke's Penn Foundation
☐ St. Luke's Partial Hospital Program
☐ St. Luke's Psychiatric Associates – Phillipsburg
☐ St. Luke's Psychiatric Associates – Chew St
☐ St Luke's Psychiatric Associates – Hamilton St
☐ St. Luke's Sacred Heart Campus
☐ St. Luke's – Lehighton Campus
☐ St. Luke's Quakertown Campus
☐ St. Luke's Easton Campus
☐ Other: _____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DE SALUD MENTAL

TELÉFONO: 484-822-5700
FAX: 484-822-5795

Número de consulta: _____ **Número de expediente médico:** _____

Fecha/Hora en que se recibió la solicitud: _____

NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN DEL PACIENTE	NÚMERO DE TELÉFONO

Autorizo: _____ a divulgar mi expediente médico a:

NOMBRE DEL MÉDICO/HOSPITAL/COMPAÑÍA DE SEGUROS/OTRO ORGANISMO

A LA ATENCIÓN DE

DIRECCIÓN Y/O N.° DE FAX/N.° DE TELÉFONO

CON EL FIN DE

¿El paciente es menor de edad? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿hay alguna restriccion legal de su autoridad para actuar en nombre del menor? ☐ Sí ☐ No
¿En caso afirmativo, puede proporcionar documentación legal? ☐ Sí ☐ No

ATENCIÓN PACIENTE

Entiendo y autorizo la divulgación de esta información a menos que se indique a continuación como excepción.
También entiendo que mi expediente puede contener lo siguiente:

- Información relacionada con el sida/VIH si mi médico ordenó pruebas relacionadas con el sida/VIH; Ley de confidencialidad de la información relacionada con el VIH, Ley 148 de PA.
- Información de salud mental, si mi médico me dio tratamiento de salud mental; Ley de procedimiento de salud mental de PA.
- Información sobre consumo de drogas o alcohol si mi médico ordenó realizar pruebas o tratamiento para drogas o alcohol; Ley para el Control y Abuso de Drogas y Alcohol, parte 2 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (Drug & Alcohol Abuse Control Act 42 CFR Part 2); sección 1690.108(c) del título 71 de los Estatutos de Pensilvania (71 P.S. 1690.108[c]).

Fechas del servicio: _____

☐ **SOLICITADO EN MEDIOS ELECTRÓNICOS**

☐ Evaluación biopsicosocial inicial
☐ Evaluación psiquiátrica
☐ Evaluación psicológica
☐ Notas de psicoterapia
☐ Resumen de altas/traslados
☐ Información de gestión de medicamentos
☐ Lista de medicamentos actuales
☐ Plan de tratamiento/Resumen
☐ Plan de crisis/seguridad
☐ Calendario de citas (pasadas y futuras)

☐ Otro: _____

Entiendo que el proveedor no puede utilizar la firma de esta autorización para obstaculizar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios.
Reconozco que la información divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de nueva divulgación por parte del destinatario.
También entiendo que puedo revisar este comunicado en cualquier momento mediante la presentación de un aviso de cancelación por escrito, excepto que se hayan tomado medidas según este comunicado, y que este permanecerá en vigor para efectuar los propósitos para los que se da, a menos que yo lo cancele.
Entiendo que esta divulgación expirará el _____ (no más de un año a partir de la fecha de su firma)

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ | Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma de la persona autorizada: _____ Fecha: _____ | Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Relación: _____ | El personal revisa el contenido con la firma del paciente/persona autorizada: _____

☐ No puede firmar porque: _____ | Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____ Hora: _____

PACIENTE: ☐ Recibido ☐ Se negó a recibir una copia de este formulario ☐ Solicitud verbal _____
Información divulgada a: _____
Información divulgada por: _____

White – Chart Copy
Yellow – Patient Copy