



77 South Commerce Way, Suite 100  
Bethlehem, PA 18017  
484-526-4719 Fax: 1-833-932-1185  
Email: releaseofinformation@sluhn.org

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

### SECCIÓN 1: Información del paciente

**\*\*Para una tramitación puntual, IMPRIMA claramente.**

NOMBRE DEL PACIENTE (Incluya cambios de nombre recientes o alias)				FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TELÉFONO #

### SECCIÓN 2: Lugar(es) de atención

HOSPITAL	<b>CAMPUS DEL HOSPITAL SLUHN: <i>Si solicita registros de hospitalización, marque una de las casillas siguientes y especifique el lugar.</i></b>			
	<input type="checkbox"/> Ubicación(es) del hospital: _____ <input type="checkbox"/> Red Universitaria de Salud St Luke's: <u>Búsqueda en toda la red</u>			
MÉDICO GENERAL	<b>CONSULTORIOS MÉDICOS DE SLPG:</b>			<input type="checkbox"/> <b>TODAS LAS UBICACIONES DE ESTA ESPECIALIDAD</b>
	Nombre de los médicos o proveedores de cuidados de la salud: _____			
	Dirección: _____			
NO SLUHN	Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono: _____			
	Ubicaciones: _____			
	Dirección: _____			
Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono: _____				

### SECCIÓN 3: Divulgación de registros (Dónde quiere que enviemos sus registros)

<b>Consiento y autorizo la divulgación de información de mi historial médico desde el lugar o lugares arriba indicados a:</b>	
NOMBRE DEL MÉDICO/HOSPITAL/PERSONA/OTRO/PROPIO	TELÉFONO #
DIRECCIÓN	FAX #

### SECCIÓN 4: Método de envío de registros (¿Cómo desea que le enviemos su historial médico?)

<input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro: _____
<input type="checkbox"/> Fax: _____
<input type="checkbox"/> Dirección postal: _____
<input type="checkbox"/> SOLICITADOS EN SOPORTE ELECTRÓNICO (TODOS LOS REGISTROS SE PROPORCIONAN EN CD Y SE ENVÍAN POR CORREO)

### SECCIÓN 5: Fecha concreta de divulgación del servicio/información: *Complete el intervalo de fechas y la selección de documentos a continuación*

La información que se divulgará abarcará el periodo comprendido del _____ al _____ (no puede ser una fecha futura)	
<input type="checkbox"/> Resumen del registro (documentos clave del expediente) <input type="checkbox"/> Instrucciones de alta (AVS) <input type="checkbox"/> Registro de urgencias <input type="checkbox"/> Notas del consultorio/Notas de consulta <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Historial y exploración física <input type="checkbox"/> Notas de terapia (fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia) <input type="checkbox"/> Informes operativos <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> <b>Excepción:</b> No doy permiso para divulgar: _____	<input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Informes de consulta <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de rayos X/imagenología <input type="checkbox"/> Radiología/imagen en CD <input type="checkbox"/> Electrocardiograma, electroencefalograma, pruebas de esfuerzo <input type="checkbox"/> Estudios vasculares





77 South Commerce Way, Suite 100  
 Bethlehem, PA 18017  
 484-526-4719 Fax: 1-833-932-1185  
 Email: releaseofinformation@sluhn.org

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

### SECCIÓN 6: Autorizaciones especiales para registros de VIH, salud mental y drogas/alcohol:

Entiendo y autorizo la divulgación de esta información a menos que se indique en la primera página 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 el médico dio tratamiento de salud mental, PA Mental Health Procedure Act
- Información sobre drogas o alcohol, si mi médico ordenó pruebas de drogas o alcohol o me proporcionó tratamiento. Ley de Control del Abuso de Drogas y Alcohol 42 CFR Parte 2; 71 P.S. 1690.108(c)

### SECCIÓN 7: Firmas de autorización

Entiendo que el proveedor no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o el derecho a recibir prestaciones basado en la firma de esta autorización.

Reconozco que la información divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de nueva divulgación por parte del destinatario.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que St. Luke's ya la haya utilizado para hacer una divulgación. Mi revocación por escrito entrará en vigor cuando St. Luke's la reciba. Si deseo revocar esta autorización, enviaré una solicitud por escrito a: Luke's University Health Network, Medical Records Department, 77 Commerce Way, Bethlehem, PA 18017.

Entiendo que esta autorización permanecerá vigente por un período de un año a partir de la fecha de mi solicitud, a menos que se especifique lo contrario.

_____ Firma del paciente / persona autorizada	_____ Nombre en letra imprenta	_____ Fecha	_____ Hora
_____ Parentesco	_____ No puede firmar porque		
_____ Testigo	_____ Nombre en letra imprenta	_____ Fecha	_____ Hora
_____ Testigo	_____ Nombre en letra imprenta	_____ Fecha	_____ Hora
_____ Firma del miembro del personal que revisa el contenido con el paciente o la persona autorizada	_____ Nombre en letra imprenta	_____ Fecha	_____ Hora

Identificación del Paciente: Identificación con foto: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_ Poder Notarial: \_\_\_\_\_

Is patient a minor?  Sí  No

• En caso afirmativo, ¿existe alguna restricción legal de su autoridad para actuar en nombre del menor?  Sí  No

• En caso afirmativo, ¿se proveyó documentación legal?  Sí  No

### SOLO PARA USO INTERNO:

**PACIENTE:**  Recibido  Rechazó una copia de este formulario  Solicitud verbal: \_\_\_\_\_

Información facilitada a: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Información facilitada por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

