

Libерación/Revelación de Información de Salud

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Núm. De Teléfono: _____

Autorizo a: _____ para que libere/abra mi registro médico a:

Dirección: _____ Teléfono/Fax: _____

Cubriendo el período(s) de Cuidado de la Salud: De: _____ A: _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Con el propósito de continuación de cuidado | <input type="checkbox"/> Para uso personal |
| ¿El paciente es menor de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Si sí, ¿hay alguna restricción legal de su autoridad para actuar a nombre del menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Si sí, se ha provisto documentación legal. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Información a ser liberada/revelada:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registro Médico Completo | <input type="checkbox"/> Reporte de Consulta |
| <input type="checkbox"/> Registro de Paciente Interno | <input type="checkbox"/> Reportes de Operación |
| <input type="checkbox"/> Historia y Exámenes Físicos/
Reportes de Progreso | <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio/Rayos X |
| | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Entiendo que mi registro también puede incluir información relacionada a (marque si aplica):

- SIDA (AIDS) (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) o VIH (HIV) (Virus de Inmunodeficiencia Humana); Ley de Confidencialidad de Información Relacionada a VIH, Ley de Pensilvania, Acta 148.
- Información de Salud Mental: Ley de Pensilvania para Procedimientos de Salud Mental.
- Información de Drogas o alcohol, Ley de Control de Abuso de Drogas & Alcohol 42 CFR Parte 2.

Entiendo que el proveedor no puede poner condición de tratamiento, pago, suscripción o elegibilidad para beneficios en que yo firme o no esta autorización.

Reconozco que la información revelada conforme a esta autorización puede estar sujeta a re-liberación por parte del paciente.

Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, salvo en referencia a que se haya tomado acción relacionada a esta autorización. La institución, sus empleados, oficiales y médicos por este medio son liberados de cualquier responsabilidad legal u obligación por revelación de la información anteriormente mencionada conforme a lo indicado y autorizado por la presente.

Entiendo que mi autorización permanecerá en efecto durante un período de 90 días a partir de la fecha de mi solicitud.

Firma de los Padres

Fecha

Firma de la Persona Autorizada / Fecha

Parentesco

Información liberada por: _____ Fecha/Hora: _____

Nombre del Punto de Contacto: _____