St Luke's
UNIVERSITY HEALTH NETWORK
77 South Commerce Way, Suite 100
Bethlehem, PA 18017
484-526-4719 Fax: 1-833-932-1185
Correo electrónico:
releaseofinformation@sluhn.org

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

SECCIÓN 1: Información del paciente. **Para una tramitación a tiempo, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA claramente.

NOMBRE DEL PACIENTE (Incluya los cambios de nombre recientes o alias)			FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN	CIUDAD CÓDIGO POSTAL	ESTADO	N.º DE TELÉFONO

SECCIÓN 2: Lugares de atención

HOSPITAL

CAMPUS DE HOSPITALES DE SLUHN: ***Si se solicitan registros médicos, marque una de las siguientes casillas y especifique la ubicación.***

☐ Ubicación del hospital: _____

☐ St. Luke's University Health Network: Búsqueda en toda la red

PROVEEDOR MÉDICO

CONSULTORIOS DE MÉDICOS DE SLPG: ☐ **TODAS LAS UBICACIONES DE ESTA ESPECIALIDAD**

Nombre de centros médicos o proveedores: _____

Dirección: _____

Ciudad/estado/código postal: _____ Teléfono: _____

UBICACIONES QUE NO SON DE SLUHN

Ubicaciones: _____

Dirección: _____

Ciudad/estado/código postal: _____ Teléfono: _____

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

Consiento y autorizo la divulgación de información de mi registro médico del lugar o de los lugares arriba indicados a:

NOMBRE DEL MÉDICO/HOSPITAL/PERSONA/OTRO/UNO MISMO	**N.º DE TELÉFONO**
DIRECCIÓN	**N.º DE FAX**

Finalidad: ☐ Continuidad de la atención ☐ Seguro social/por discapacidad ☐ Seguro
☐ Legal ☐ Uso personal ☐ Otra: _____

SECCIÓN 4: Método de envío de registros (¿Cómo desea que le enviemos sus registros médicos?)

☐ Correo electrónico seguro: _____
☐ Fax: _____
☐ Dirección postal: _____
☐ SOLICITADOS EN SOPORTE ELECTRÓNICO (TODOS LOS REGISTROS SE PROPORCIONAN EN CD Y SE ENVÍAN POR CORREO)

SECCIÓN 5: Fecha específica del servicio/información que se divulgará: ***Complete el rango de fechas y la selección de documentos abajo***

El rango de fechas predeterminado será de 10 años a partir de la fecha de la solicitud si no se indican fechas.

La información que se divulgará abarcará el periodo comprendido del al_____ (no puede ser una fecha futura)

☐ Resumen del registro (documentos clave del expediente)	☐ Resumen del alta
☐ Instrucciones del alta (AVS)	☐ Informes de consulta
☐ Registro de urgencias	☐ Informes de laboratorio
☐ Notas del consultorio/Notas de consulta	☐ Informes de rayos X/estudios de imágenes
☐ Vacunas	☐ Radiología/imágenes en CD
☐ Historial y exploración física	☐ Electrocardiograma, electroencefalograma, pruebas de esfuerzo
☐ Notas de terapia (fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla)	☐ Estudios vasculares
☐ Informes operativos	
☐ Otra: _____	
☐ **Excepción:** No autorizo la divulgación de:	

St Luke's
UNIVERSITY HEALTH NETWORK
77 South Commerce Way, Suite 100
Bethlehem, PA 18017
484-526-4719 Fax: 1-833-932-1185
Correo electrónico:
releaseofinformation@sluhn.org

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

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

Entiendo y autorizo la divulgación de esta información a menos que se indique como excepción en la primera página.
También entiendo que mi registro 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 (Confidentiality of HIV-Related Information Act), Ley 148 de Pensilvania.
- Información sobre salud mental si mi médico me proporcionó tratamiento para la salud mental; Ley de Procedimientos para la Salud Mental de Pensilvania (PA Mental Health Procedure Act).
- Información sobre consumo de drogas o alcohol si mi médico ordenó realizar pruebas o tratamiento para el consumo de 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.

SECCIÓN 7: Firmas de autorización

Entiendo que el proveedor no puede utilizar la firma de esta autorización como condición para el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios. Reconozco que la información divulgada en virtud de esta autorización podría ser objeto de una nueva divulgación por parte del destinatario y dejar de estar protegida por la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).
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. La revocación por escrito entrará en vigor cuando St. Luke's la reciba. Si deseo revocar esta divulgación, enviaré una solicitud por escrito a St. 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 o persona autorizada	Nombre en letra de imprenta	Fecha	Hora
Vínculo	No puede firmar porque		
Testigo	Nombre en letra de imprenta	Fecha	Hora
Testigo	Nombre en letra de imprenta	Fecha	Hora
Personal que revisa el contenido con la firma del paciente o de la persona autorizada:	Nombre en letra de imprenta	Fecha	Hora

Identificación del paciente: Identificación con foto: _____ Otra: _____ Poder notarial: _____

¿El paciente es menor de edad? ☐ Sí ☐ No

- En caso afirmativo, ¿hay alguna restricción legal de su autoridad para actuar en nombre del menor? ☐ Sí ☐ No
- En caso afirmativo, ¿se ha proporcionado documentación legal? ☐ Sí ☐ No

SOLO PARA USO INTERNO:

PACIENTE: ☐ Recibió ☐ Rechazó una copia de este formulario
☐ Solicitud verbal_____

Información divulgada a: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Información divulgada por: _____ Fecha: _____ Hora: _____