

Keystone Family Medicine, Keystone Internal Medicine, Keystone Woman's Care, Keystone Pediatrics, Keystone Dental, Keystone Urgent Care, Keystone Community Health Services, Keystone Pediatric Development Center, Keystone Agriculture Worker's Program, Keystone Behavioral Health, Keystone Crisis Intervention, Keystone Foot and Ankle, Keystone Chiropractic.

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD  
POR FAVOR, LEA Y COMPLETE TODOS LOS ARTÍCULOS\*\*\***

Nombre paciente: \_\_\_\_\_ Alias/nombre de soltera: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ 4 últimos dígitos del número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

**Autorizo el uso/ la divulgación de información médica sobre mí como se describe a continuación:**

Para obtener desde: _____ <small>(Consultorio/Servicio/Organización)</small> Dirección _____ _____ Fax: _____ Phone: _____	Para divulgar a: _____ <small>(Consultorio /Servicio/Organización)</small> Dirección _____ _____ Fax: _____ Phone: _____
--	--

**Descripción de la información que debecerrarse u obtenerse:**

**Fechas de tratamiento:** De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_  
(Especifique la fecha de servicio)

**Resumen:** 2 años de registros médicos para incluir:

Notas del consultorio médico, informes de consulta, informes de procedimientos, informes de patología, informes de laboratorio, informes de imágenes, todos los demás estudios de diagnóstico, resumen de alta, informes del departamento de emergencias, evaluaciones psiquiátricas y psicológicas, notas de salud mental.

**O bien: Seleccione documentos específicos para liberar/obtener.**

- Resultados de laboratorio  
  Estado de cuenta  
  Registro de vacunación  
  Notas de progreso del médico  
 Notas de consulta para pacientes ambulatorios  
  Imágenes (solo visitas de Keystone Health)  
  Lista de medicamentos/problemas  
 **Notas dentales**  
 Imágenes dentales  
 Informes hospitalarios / H & P / DC Resumen / Consultas  
 **Notas de progreso** de la terapia  
 Notas de progreso psiquiátrico  
 Evaluación psiquiátrica  
 Notas de tratamiento de la sustancia U se  
 Otros \_\_\_\_\_

**A efectos de:**

- Continuidad de la atención  
 Transferencia de atención (nuevo proveedor)  
 Seguro  
 Legal  
 Facturación  
 Intercambio escolar  
 Mudanza  
 Empleador  
 **Sólo** comunicación verbal  
 Otros: \_\_\_\_\_

**Método de entrega**  
 Correo  
 Fax \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Sitio web: \_\_\_\_\_

**Formato**  
 Copia en papel  
 Copia electrónica (pulgar Drive \_\_\_\_\_/CD \_\_\_\_\_)

Esta autorización incluye la divulgación de cualquier registro identificado a continuación a menos que **verifique NO** divulgar dichos registros. Marcar o no marcar la casilla no es un indicador de que dicha información exista.

Registros **que NO** deben divulgar:  
 Servicios de salud conductual / mental  
 Visitas por trastorno por uso de sustancias (SUD).  
 Aparte de la información de salud conductual y de visitas de SUD descrita anteriormente, entiendo que los registros que he seleccionado para ser divulgados pueden contener información sobre el tratamiento y las pruebas relacionadas con la genética, la salud conductual, el VIH / SIDA y el trastorno por uso de sustancias (por ejemplo, de las visitas de atención primaria) y que al firmar esta autorización estoy de acuerdo con la divulgación de dicha información. *Puedo elegir y tener el derecho de que mis registros me sean entregados directamente para que pueda revisar e inspeccionar los materiales, incluida la información confidencial que no deseo que se divulgue a un tercero.*

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD**

**Entiendo lo siguiente:**

- Puede haber cargos por las copias de mi registro de salud debido a los pasos de procedimiento y regulados involucrados con el proceso de divulgación de información. Todas las tarifas están reguladas por la ley estatal y federal y son actualizadas anualmente por la Legislatura del Estado de Pensilvania.
- Puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago, inscripción o mi elegibilidad para los beneficios. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información utilizada / divulgada bajo esta autorización.
- La información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida bajo los términos de esta autorización. Sin embargo, ciertos registros protegidos no pueden ser divulgados nuevamente según las leyes y regulaciones del estado de Pensilvania y / o las reglas federales de confidencialidad.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Si decido revocar esta autorización, debo presentar mi revocación por escrito a la Oficina de Gestión de Información de Salud – Divulgación de Información. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha publicado en respuesta a esta autorización.
- Esta autorización no será aceptada a menos que se complete en su totalidad. Se aceptará una copia de este formulario en lugar de un original.
- Esta autorización expira un año después de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario de la siguiente manera: \_\_/\_\_/\_\_.
- Entiendo que si soy menor de 17 años y he dado mi consentimiento para servicios de salud que involucren, reproductivos, drogas y alcohol, o tratamiento de salud mental, que se requiere mi firma para cualquier divulgación de dicha información.

Mi firma reconoce que mi representante o yo recibimos una copia de este documento, que he leído y entiendo el contenido de esta autorización, y voluntariamente doy mi consentimiento para la divulgación de la información.

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma paciente/representante

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Imprimir el nombre del representante y la relación con la del paciente

**Si el paciente no puede dar su consentimiento o es menor de edad, complete lo siguiente:** Si está firmado por una persona que no sea el paciente, seleccione la relación. *\*Es posible que se requiera documentación legal\**

El paciente es:	<input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Incompetencia <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Fallecido
Autoridad legal:	<input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> padre con custodia <input type="checkbox"/> POA <input type="checkbox"/> Representante personal <input type="checkbox"/> tutor ad Litem <input type="checkbox"/> Ejecutor de la herencia <input type="checkbox"/> padre adoptivo <input type="checkbox"/> otros _____

**ESTA PARTE DEBE COMPLETARSE CUANDO UN PACIENTE ES FÍSICAMENTE INCAPAZ DE PROPORCIONAR UNA FIRMA:**

Nosotros, los abajo firmantes, verificamos que la autorización anterior haya sido leída al paciente y que él / ella entienda la naturaleza de la liberación y dé libremente su consentimiento verbal para la divulgación de la información anterior.

**El consentimiento verbal requiere las firmas de dos testigos:**

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma de la persona responsable

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma de la persona responsable

**Forward To:** Keystone Health, HIM- Release of Information Department  
 111 Chambers Hill Drive, Suite 200, Chambersburg, PA 17201  
 Phone Number: (717) 709-7960 Fax Number: (717) 217-1937  
 Email: [khc-him@keystonehealth.org](mailto:khc-him@keystonehealth.org)

\*\*\*\*\*Office Use Only\*\*\*\*\*

Received by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Site: \_\_\_\_\_

Completed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_