Tower Health Medical Group
Advancing Health. Transforming Lives.

# Protected Health Information
# Authorization for Release, Use, and Disclosure

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ MRN _____

Dirreción _____ Teléfono _____ Correo el ectrónico _____

Yo a utorizo a _____ para divulgar mi expediente Médico a: ☐ Mi o ☐ Destinatario:

Nombre de la persona autorizada, doctor, hospital. Agencia u otros _____ Phone _____

Dirreción _____ Fax _____

**ATENCION PACIENTE:**
Yo entiendo y autorizo la divulgación de esta información a excepción de:_____.
Si es tá incluida en el registro médico, esta autorización i ncluye la revelación de la información protegida por: Confidentiality of HIV-Related Information Act (información y exámenes relacionados al SIDA y al VIH), Mental Health Procedures Act (desordenes psiquiátricos), Drug and Alcohol Abuse Control Act (tratamiento para drogas y/o alcohol) según lo permitido por la ley.

**Información para ser Emitida:** **Fecha(s) del Servico:**_____

☐ Resumen del Alta Médica
☐ Registros de Trauma/ Emergencia
☐ Laboratorio
☐ Reporte Operatorio
☐ Clínica de Consulta Externa
☐ Reportes de Patología
☐ PT/OT
☐ Imágenes/Radiología (no disponibles por MyTowerHealth)
☐ ReportesdeImágenes/Radiología
☐ Revisión de Archivos (por cita)
☐ Audición y Habla
☐ Resumen de Registros Médicos= H&P, Resumen del Alta, Resultados de las Pruebas de Diagnóstico, Lista de Problemas, Medicamentos, Reportes de Alergias y Procedimientos, Electrocardiogramas, y Laboratorio
☐ Resumen Electrónico = Resumen del Alta Médica, Resultados de las Pruebas de Diagnóstico, Lista de Problemas, Medicamentos, Reportes de Alergias y Procedimientos
☐ Otra = _____
☐ Registro Medico Complete ☐ Registro de Facturación

**Motivo de divulgación:** ☐ Personal ☐ Cuidado Médico Adicional ☐ Investigación o Acción Legal ☐ Otra: _____

☐ Transferencia Fuera del Tower Health Medical Group a: _____

Me gustaría recibir esta información VIA: ☐ Papel ☐ CD ☐ Correo Electrónico Seguro ☐ MyTowerHealth Patient Portal ☐ Otra:_____
CD #_____

Yo entiendo lo siguiente: Yo puedo revocar la autorización por escrito en cualquier momento; esta revocación no aplicará a la información que ya ha sido revelada en respuesta a esta autorización. La información revelada en respuesta a esta autorización puede volver a ser divulgada por el recipiente, y ya no estará más protegida bajo los términos de esta autorización. Tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud para ser usada o divu lgada según lo permitido por la ley. Puedo negarme a firmar esta autorización y sé que mi negativa a firmar no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, o mi elegibilidad para beneficios (si es que corresponden). Tower Health Medical Group podrá cobrar por la copia del registro médico de acuerdo con la ley de PA, 42 Pa. C.S. §6152. Entiendo que este consentimiento expirará en 90 días a partir de la fecha que se encuentra a continuación o al momento de mi muerte, cualquiera de las dos cosas que ocurriere primero.

Firma del Paciente o Representante Autorizado _____ Fecha _____ Firma del Testigo _____ Fecha _____

Nombre del Pacienta con letra de molde _____ Nombre del Testigo con letra de molde _____

Relación con el Paciente _____ Titulo/Departamento _____